

Forord

Specialet "Social kapital og sundhed - i Aalborg Kommune" er udarbejdet af Kristina Jensen på sociologiuddannelsen ved Aalborg Universitet.

Der skal lyde en stor tak til vejleder Jakob Skjøtt-Larsen for altid hjælpsom, imødekommende og konstruktiv vejledning. Endvidere skal der rettes en stor tak til Sundhedsafdelingen ved Sundhed & Bæredygtig Udvikling ved Aalborg Kommune for et godt samarbejde og en særlig tak til Jannie Claudius Jakobsen for adgang til specialets empiri samt Bettina Bisp Jensen og Mads Borgstrøm-Hansen for overblik over eksisterende tilbud og indsatser i særligt Aalborg Øst samt øvrig sparring. Yderligere en stor tak til familie og venner for hjælp til udarbejdelse af forside.

For analyseresultater og fortolkninger i nærværende speciale indestår alene Kristina Jensen:

Kristina Jensen

Summary

In this study, I examined the connection between social capital and health among Aalborg citizens. The correlation between social inequality and health is well documented, and the problem of social inequality in health hasn't decreased in the past 20 years – on the contrary the mortality rates is almost double (Diderichsen et al. 2011: 5). In attempt to reduce the social inequality in health many social mechanisms which have an impact on peoples health has been investigated. One of these social mechanisms is social capital, which has shown a big influence on people's state of health. Over the past few decades, numerous studies have demonstrated that social capital is vital for people in maintaining and improving their health. Social capital in the form of social relations offers support and a sense of belonging, both of which are associated with a good mental and physical condition. Further, a lack of social capital – or social isolation – is detrimental to health since studies shows that it induces stress, feeling of loneliness and leads to malfunction of the immune system (Seeman 1996, Brown & Harris: 1987 og Huijts & Kraaykamp 2012: 144).

The concept of social capital in this study is based on Pierre Bourdieu, James S. Coleman and Robert D. Putnam's theories about social capital. Accordingly, social capital is defined as social relations and networks, social trust and involvement in social activities. Social trust is divided into Personal trust (trust in family), Generalized trust (trust in other people) and Institutional trust (trust in the healthcare system). While social relations and networks is measured by contact with family, friends, colleagues/classmates, neighbours or other in the local area and help with practical doings, involuntary alone and somebody to talk to if needed. Social activities are measured by involvement in association activities or voluntary work and neighbourhood attachment.

Information from Public Health Investigation Questionnaire provided in the Northern Denmark Region 2010 on 6.800 individuals was analysed using Multiple Correspondence Analysis where a space for social capital was created. Using an explorative technique 37 general-, mental- and physical health indicators and 6 social background indicators was selected and used as passive variable in the analysis. The analysis was extended with Cluster Analysis, which enables the creation of groups of Aalborg citizens that are mostly alike and differs from in regards to social capital and relate these groups to health and social backgrounds.

First, I found that social capital is related to economic- and cultural capital, ethnicity, age, civil status and locality. Second, I constructed 5 ideal typical groups of Aalborg citizens, where the differences in social capital was connected to the differences in health and social backgrounds. Based on these findings I conclude that citizens with low personal, specific, general and institutional trust, low social support, low contact with relatives, friends, local citizens, colleague or classmates in the spare time, low local attachment and low

involvement in social activities has a bigger risk of not feeling fit to accomplish the desired, inhibited of fatigue, feeling of sadness, experience stress, feeling moderate depressed, smoker everyday and physical inactive, compared to citizens with the opposite combination of social capital. In Bourdieus frame of reference the differences is habitual and a reflection of individual positions in the space for social capital rather than rationally and individually choice. This study therefore shows how specific combinations of social capital hold with specific combinations of lifestyle and health, which the groups are associated with, contribute varied information to the interaction between social capital, lifestyle and health.

Indhold

1. PROBLEMSTILLING	7
1.1 Sundhed i det 21. århundrede	7
1.2 Social ulighed i sundhed	9
1.3 Social kapital	11
1.3.1 Hvad er social kapital?	11
1.3.2 Social kapital's effekt på individets sundhed	12
1.4 Sundhedsprofil 2010 – "Hvordan har du det?"	16
1.5 Specialets fokusområde	17
2. FORSTÅELSESRAMMEN.....	19
2.1 Pierre Bourdieu	19
2.1.1 Bourdieus fire kapitalformer	19
2.1.2 Habitus.....	21
2.1.3 Social kapital hos Bourdieu	22
2.2 James S. Coleman	22
2.2.1 Social kapital hos Coleman	23
2.2.2 Tre kategorier af social kapital	23
2.2.3 Social kapital muliggør handlinger	24
2.3 Richard D. Putnam.....	26
2.3.1 Social kapital hos Putnam.....	27
2.3.2 Bonding social capital vs. bridging social capital	29
2.4 Tre vinklinger på social kapital	31
3. METODISK TILGANG	33
3.1 Specialets videnskabsteoretiske tilgang.....	33
3.2 Multipel korrespondanceanalyse	35
3.2.1 Multipel korrespondanceanalyse vs. traditionel statistik	36
3.3 Klyngeanalyse	37
3.4 Problematikker i databehandlingen	38

3.5 Specialets pålidelighed og gyldighed	39
4. OPERATIONALISERING	41
4.1 Operationalisering af social kapital	41
4.1.1 Netværksdimensionen	42
4.1.1.1 Strukturelt aspekt	42
4.1.1.2 Funktionelt aspekt	43
4.1.1.3 Aspektet omfattende sociale aktiviteter	45
4.1.2 Tillidsdimensionen	46
4.1.2.1 Personlig tillid	46
4.1.2.2 Specifik tillid	47
4.1.2.3 Generel tillid	47
4.1.2.4 Institutionel tillid	48
4.2 Operationalisering af sundhed	49
4.2.1 Helbred	49
4.2.1.1 Generelle helbred	49
4.2.1.2 Fysisk Helbred	50
4.2.1.3 Psykisk helbred	51
4.2.2 Livsstil	52
4.2.2.1 Kost	53
4.2.2.2 Rygning	53
4.2.2.3 Alkohol	54
4.2.2.4 Motion	54
4.3 Operationalisering af baggrundsvariable	55
4.4 Øvrige supplementærpunkter	56
5. KORRESPONDANCEANALYSE – RUMMET FOR SOCIAL KAPITAL	59
5.1 Udvælgelse af akser i rummet for social kapital	61
5.2 Fortolkning af akserne i rummet for social kapital	62
5.2.1 Akse 1: Mængden af social kapital	63
5.2.2 Akse 2: Sammensætningen af social kapital	67
5.3 Supplementærpunkter	70
6. KLYNGEANALYSE – GRUPPER AF AALBORGENSISKE BORGERE	75
6.1 Klynge 1: Den midaldrende befolkning	77
6.2 Klynge 2: De unge med mange relationer	79

6.3 Klynge 3: De ældre med høj social kapital.....	81
6.4 Klynge 4: De isolerede borgere.....	82
6.5 Klynge 5: De unge med lav tillid	84
6.6 Den ulige fordeling af social kapital.....	85
6.7 Ulighed i sundhed.....	88
6.8 Fremadrettede indsatser	94
7. OPSAMLING OG KONKLUSION PÅ SPECIALET.....	96
8. REFERENCER.....	100
9. BILAGSOVERSIGT.....	108
BILAG 6 – RUMMET FOR SOCIAL KAPITAL	109
BILAG 8 – KLYNGEANALYSE	114

1. Problemstilling

I nærværende afsnit belyses baggrunden for de centrale begreber i specialet. Først fokuseres på sundhed som et overordnet begreb, derefter kort på ulighed i sundhed med vægt på forståelsen og udviklingen heraf og sidste belyses social kapital ud fra den eksisterende viden om begrebet med baggrund i videnskabelige forskningsresultater på området.

1.1 Sundhed i det 21. århundrede

Vi lever i dag i et samfund, hvor der dagligt er stor fokus på sundhed igennem folkesundhedsarbejdet, som overordnet skal forstås som arbejde, der retter sig mod at påvirke folkesundheden. Som borger i det danske samfund bliver vi dagligt bombarderet med nye sundhedsråd i sundhedskampanjer og indsatser, og bliver guidet til at leve et sundt eller sundere liv. Eksempelvis kan Sundhedsstyrelsens kampanjer såsom *"sæt proppen i og lad dit lys brænde længere"* nævnes, hvor hensigten er at få borgere til at nedsætte deres alkoholforbrug til max 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (Sundhedsstyrelsen 2011). Vi bliver konstant mindet om, at vi skal leve sundt for at forlænge livet og nedsætte risikoen for livsstilssygdomme og kræft: *"Et lys bliver tændt og en god flaske vin bliver trukket op. Et glas bliver hurtigt til flere. Men hvad ganske få ved er, at selv få genstande om dagen kan øge din risiko for at få kræft. Sæt proppen i og lad dit lys brænde længere. Kvinder bør ikke drikke mere end 7 genstande om ugen og mænd max 14"* (Sundhedsstyrelsen 2011). Individets sundhed er således blevet en samfundsmæssig praksis, hvor fagprofessionelle arbejder hen imod målet om, at individer skal have et så sundt liv som muligt.

I regeringsgrundlaget pålægges de enkelte kommuner, at prioritere forebyggelsesindsatser på sundhedsområdet for at imødekomme regeringens nationale mål for udviklingen i danskernes sundhedstilstand 10 år frem i tiden og derigennem forsøge at løse udfordringerne med den sociale ulighed i sundhed (Regeringen 2011: 43). Derudover har man i en lang årrække pålagt det enkelte individ i samfundet et ansvar for egen sundhed. Dette er gjort ud fra begrebet *selfcare*, der allerede i 1970'erne blev introduceret i USA (Scocozza 2009: 54). Selfcare-begrebet understreger den enkeltes rolle i forbindelse med sygdom og sundhed. Bliver det enkelte individ syg, skyldes det altså oftest, at den enkelte ikke har levet tilstrækkelig sundt. Selfcare-begrebet bygger således på en liberalistisk ideologi, hvor enhver er sin egen lykkesmed. Vi belæres som borger i et samfund om, hvad en sund livsstil er, og hvorledes vi bør forholde os til rygning, alkohol, overvægt, motion og stress på den rigtige måde (Scocozza 2009: 54-55 og Vinter-Jensen & Nielsen 2004: 44-45). I modsætning hertil forsøger Aalborg Kommune med en ny sundhedspolitik 2012-2014 at skabe en mere

holistisk tilgang, hvor sundhed integreres i alle relevante områder af kommunens arbejde. Kommunen forsøger i samarbejde med sygehuse, almen praksis, den private sektor samt forsknings- og uddannelsesinstitutioner at tage ansvar for borgernes sundhed gennem relevante områder af kommunens arbejde (Aalborg Kommune 2012: 3).

Der er flere grunde til, at interessen for folkesundheden er stor. 1) Danskernes middellevetid er en af de laveste i OECD-landene, 2) der ses store forskelle i sundhed i forskellige socialgrupper, og 3) der forekommer en erkendelse af, at en samlet samfundsmæssig indsats på området er nødvendig for at fremme sundheden generelt i landet, forebygge sygdomme og forlænge levetiden (Vinther-Jensen & Nielsen 2004: 42). Sundhed er imidlertid ikke et fænomen der lader sig definere enkelt og tydeligt. Definitionen af sundhed er foranderlig, idet opfattelsen af den sunde krop er skiftende over tid samt er forskellige i forskellige kulturer og livsformer (Otto 2009: 33-34). Definitionen af sundhed bliver bredere og bredere jo mere viden vi får til rådighed på sundhedsområdet, og jo flere forhold der anerkendes at have betydning for befolkningens sundhed. Generelt har der siden 1970'erne været en stigende udbredelse af det såkaldte rummelige sundhedsbegreb, hvor sundhed ikke blot anses for at være fravær af sygdom, men også som tilstedeværelsen af ressourcer og handlekompetencer (Rasmussen 1999: 3 og Kjølner et al. 2007: 37). Det brede og rummelige sundhedsbegreb er lanceret af World Health Organization (WHO), hvor sundhed er defineret på følgende måde: *“a complete state of physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity”* (World Health Organization 1948). Denne definition blev vedtaget allerede i 1948 i et forsøg på at bryde med en opfattelse af sundhed som udelukkende fravær af sygdom og lidelse, og først i det 21. århundrede blev det professionelle sundhedsvæsen udviklet, hvor der rådgives om grundprincipperne for en sund livsførelse (Otto 2009: 45).

I dette speciale anlægges et positivt og bredt syn på sundhed i overensstemmelse med WHO's definition, hvor både en fysisk, psykisk og social velbefindende er central. Sundhed opfattes således ikke blot som fravær af sygdom, da sundhed og sygdom ikke nødvendigvis udelukker hinanden. Dette da det er muligt at være usund uden at være syg, ligesom det er muligt at være sund på trods af tilstedeværelsen af en sygdom.

Folkesundhedsarbejdet kan rettes mod mange aspekter der anses for betydningsfulde for menneskers sundhed, trivsel og sygelighed såsom medicinske, psykologiske, sociale og kulturelle forhold (Vinther-Jensen & Nielsen 2004: 43). Generelt kan der skelnes mellem fem overordnede grupper af faktorer, der har betydning for menneskers sundhed – sundhedsadfærd, levekår, sundhedsvæsenets forbyggende og behandlende indsats, aldring og nedslidning, samt genetisk arvelige forhold (Rasmussen 1999: 1-2). Herunder har sociale relationer og netværk stor betydning for den enkeltes sundhed. Sådanne relationer og netværk kan

betraktes som en form for social kapital. Som det vil fremgå i det følgende har talrige videnskabelige undersøgelser peget på betydningen af social kapital for sundhed. Eksempelvis er der påvist interessante sammenhænge mellem social kapital og forhold såsom sundhed og helbred, adfærdsnormer og psykisk arbejdsmiljø (Sund & Krokstad 2011: 43).

Trods en bred enighed om anvendelse af et bredt sundhedsbegreb retter folkesundhedsarbejdet sig ofte mod livsstilsfaktorer og menneskers sundhedsadfærd. Dette sker ofte ved et argument om, at KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) tilskrives ansvaret for 40 pct. af samtlige årsager til sygdom og tidlig død, samtidig med at KRAM-faktorerne også anses for at være årsagen til udviklingen af de mest udbredte og alvorlige folkesygdomme (Forebyggelseskommissionen 2009: 5). Også i regeringsgrundlaget 2012 fra den nuværende S-R-SF-regering understreges livsstilsfaktorernes betydning – her i relation til den sociale ulighed i sundhed: *”[Den ulige fordeling i sundhed] er et kompleks problem, der blandt andet hænger sammen med forskelle i livsstil og vaner. Her findes ingen lette løsninger”* (Regeringen 2011: 43). Der forekommer således særlig stor fokus på sundhedsadfærdens indvirkning på menneskers helbred, trivsel og velbefinde, hvilket bl.a. også KRAM-undersøgelsen fra 2009 havde til hovedformål (Christensen et al. 2009).

Samfundet forsøger således via reguleringer, sundhedskampagner og indsatser at guide individerne til at handle sundt og agere i overensstemmelse med sundhedseksperternes anbefalinger der tager udgangspunkt i de nyeste data på området - men ikke alle individer følger disse retningslinjer. På trods af den danske velfærdsstat samt de videnskabelig og politiske retningslinjer oplever vi gang på gang, at undersøgelser kan bekræfte store ulige fordelinger i sundheden.

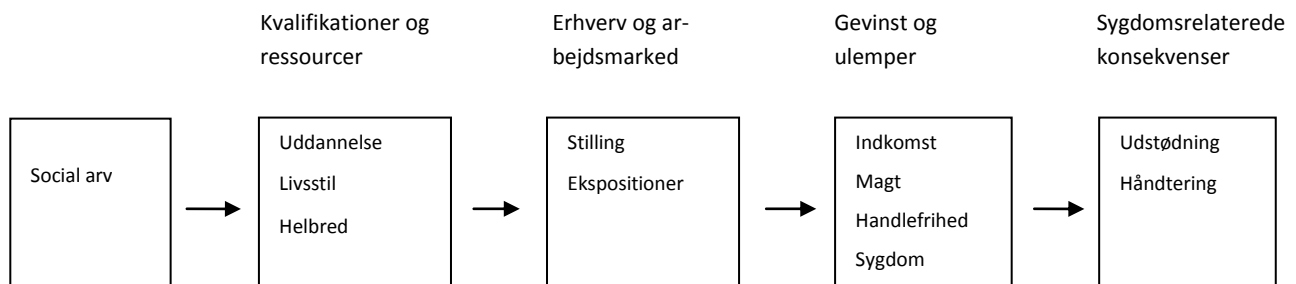
1.2 Social ulighed i sundhed

Alle lande har sociale uligheder i sundhed. Såvel lav- som højindkomstlande. Det er dog påfaldende, at Danmark og Norge har en betydelig høj ulighed i dødeligheden på trods af de mindste indkomstuligheder (Larsen 2009: 191 og Diderichsen 2011: 29). De skandinaviske lande har en betydelig ulighed i dødeligheden på trods af, at de alle er universelle velfærdsstater med lettilgængelige sundhedssystemer og en relativ høj indkomstbeskyttelse ved f.eks. studie, arbejdsløshed og sygdom. I de fleste lande, der måler social ulighed i dødelighed, viser det sig at socialgrupper med en kort uddannelse har et lavere fald i dødeligheden end de øvrige socialgrupper, der har haft et større fald i dødeligheden og dermed en mere positiv udvikling (Diderichsen 2011: 29). Det synes således ikke umiddelbart at en universel velfærdspolitik og en relativ høj indkomstbeskyttelse resulterer i en lav social ulighed i sundhed, hvilket har medført en stor interesse for sociale aspekter indenfor forskningen, der kan have indflydelse på den ulige fordeling i sundheden.

Et vigtigt element i forståelsen af den sociale ulighed i sundhed, og udviklingen heraf, er den sociale arv. For menneskers sundhedsvaner og livsstil gælder det, at mange af de såvel gode som dårlige sundhedsvaner grundlægges gennem familiens og den nære sociale gruppes påvirkning (Rasmussen 1999: 5). Det enkelte menneskes sundhedsvaner som barn har således betydning for menneskets sundhedsvaner og derigennem helbredstilstand som voksen. Det forekommer endvidere som en forudsætning, at det enkelte menneske skal udvikle evner såsom handlekompetencer mv. for at kunne ændre sundhedsadfærden i en fornuftig og sundere retning (Rasmussen 1999: 5).

De sociale forskelle i sundhed og sygelighed skabes, udvikles og fastholdes derfor i et livsforløb, hvilket er illustreret i nedforstående figur 1.2.1.

Figur 1.2.1 - Trin i produktion af sociale forskelle i sundhed og sygelighed



(Rasmussen 1999: 6)

Det fremgår af figuren, at menneskers sociale arv har betydning for menneskets uddannelse, livsstil samt helbred og dermed også menneskets handlekompetencer og ressourcer. I relation til uddannelse er det påvist, at den enkeltes uddannelse er stærkt afhængig af forældrenes uddannelse samt sociale placering, som yderligere viser sig at have en stor betydning for hvilket type arbejde personen senere erhverver sig (Rasmussen 1999: 6 og Rasmussen et al. 2007: 161-162). Hvilket arbejde personen erhverver sig har endvidere betydning for personens indkomst og sygdom. Eksempelvis forekommer der en højere risiko for at blive syg ved et hårdt, fysisk og nedslidende job end ved et attraktivt og vellønnet job (Rasmussen 1999: 7). Faktorerne har i sidste ende betydning for sygdomsrelaterede konsekvenser, der kan ende med en fyring fra jobbet og dermed blive yderligere udsat. Det forekommer at det især er kvinder uden en erhvervsuddannelse, der risikerer at blive udstødt i tilfælde af sygdom (Rasmussen 1999: 7). Den sociale arv spiller således ind på de levevilkår et menneske vokser op i, og dermed på de muligheder et menneske har for at skaffe sig de ønskede levekår, som i samfund anses for attraktive.

Det er dog vigtigt at understrege, at der ikke er tale om deterministisk sammenhæng mellem lav socialgruppe og ringe sundhedstilstand. De fleste mennesker er sunde og raske, også børn og voksne præget af fattigdom eller fra en lav socialgruppe. Dette understøtter sociolog Morten Ejernæs ligeledes, der er lektor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet. Ejernæs argumenterer for at afskaffe begrebet *social arv*, da det ifølge Ejernæs af flere grunde er et dårligt begreb at arbejde med, men i stedet foretrækker begreber såsom *risikofaktorer* og *chanceulighed*. Ejernæs har foretaget en undersøgelse af, hvordan diskursen om social arv kan påvirke pædagogprofessionen (Ejernæs 2008: 7). Undersøgelsen viser bl.a., at 85 pct. af pædagogerne bruger social arv i relation til "*arv af problemer*", mens kun 2 pct. bruger begrebet i relation til "*arv af relativt uddannelsesniveau*", som er en empirisk realitet (Ejernæs 2008: 7). Social arv kan således fejlagtigt forbindes med en megen stor risiko for at vokse op i en familie, hvor forældre har problemer (Ejernæs 2008: 8). I forlængelse heraf stigmatiseres børnene. Eksempelvis ved lavere forventninger til disse børns evner, ressourcer og udviklingsmuligheder, end hvad der ellers ville forekomme, hvis forældrenes sociale problemer var ukendte (Ejernæs 2008: 9). Dette kan føre til en *selvopfyldende profeti* hos barnet, idet der fokuseres på barnets negative egenskaber og mindre på dets positive udvikling. Der er derfor blot tale om en forskel i risiko, og dermed en ufuldstændig viden, hvor risikoen for flere sociale problemer eller en ringe sundhedstilstand stiger jo lavere socialgruppe man befinder sig i.

1.3 Social kapital

I det følgende afsnit vil begrebet social kapital blive præsenteret, hvor der kort lægges vægt på dets oprindelse efterfulgt af dets overordnede effekter på individets sundhed.

1.3.1 Hvad er social kapital?

Interessen for fænomenet, der senere blev betegnet som social kapital, kan spores helt tilbage til Karl Marx (f. 1818), Emilie Durkheim (f. 1858) og Marx Weber (f. 1864), som hver især undersøgte samfundets udvikling og sammenhængskraft ud fra forskellige perspektiver samt filosofiske og politiske holdninger (Halpern 2005: 73-74 og Jensen et al. 2007: 25-26). I nyere tid er Pierre Bourdieu central i relation til social kapital samt James Coleman og ikke mindst den amerikanske politolog Richard D. Putnam, som jeg senere vil berøre i kapitel 2 - *Forståelsesrammen*.

Talrige videnskabelige undersøgelser har peget på social kapitalers betydning for sundheden. Samfund med en høj grad af social kapital skønnes at have en lavere grad af kriminalitet, generelt højere uddannelsesni-

veau, mere positiv økonomisk udvikling og et bedre helbred end samfund med en lav grad af social kapital (Little 2007 og Sund & Krokstad 2011: 44). Begrebet social kapital er et begreb der er ved at have fundet sit indpas på rigtig mange felter og forskellige forskningsgrene, hvilket også er årsagen til, at begrebet defineres på mange forskellige måder. En bred fælles opfattelse af social kapital er, at den dækker over "*the ability of actors to secure benefits by virtue of membership in networks and other social structures*" (Portes 1998: 6). En anden fælles opfattelse af sociale kapital i sundhedsforskningen er, at sociale forbindelser, samt deres medfølgende fælles sæt af normer og tillid, kan være afgørende for menneskers sundhed (Sund & Krokstad 2011: 43). Social kapital ses ofte som en bestræbelse på at opnå nye forståelser af forholdet mellem sundhed og ulighed i sundhed (Jensen et al. 2007: 16). Begrebet kan således være med til at belyse dets sammenhæng med sundhed.

Social kapital anses ofte for at kunne have to overordnede og forskellige effekter på individets sundhed - en *buffereffekt* eller en *ressourceeffekt*. Ved en buffereffekt menes, at den sociale kapital kan have en beskyttende effekt hos den enkelte over for individets modgang i livet (Halpern 2005: 76, 80-81). Ved en resourceeffekt virker den sociale kapital derimod fremmende for individets sundhed (Caderberg 2012: 61; Sund & Krokstad 2011: 45 og Rostila 2011: 112).

1.3.2 Social kapitals effekt på individets sundhed

Sundhedsforskere har igennem flere årtier noteret sig, at individer med et dårligt helbred – og især mentalt dårligt helbred – generelt har et signifikant mindre netværk end individer med et godt helbred (Halpern 2005: 75). Flere studier har reporteret en sammenhæng mellem størrelsen og kvaliteten af menneskers sociale netværk og deres helbred, hvor det viser sig, at mennesker der er mindre socialt isoleret og mere involveret i sociale aktiviteter tenderer mod at have et bedre helbred (Veenstra 2000 og Baum et al. 2000). I 2005 foretog Lynne C. Giles, Gary F. V. Glonek, Mary A. Luszcz og Gary R. Andrews den dybdegående undersøgelse *Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging*, som havde til hensigt at klarlægge hvorledes specifikke sociale relationer - i form af børn, slægtninge, venner samt fortrolige venner - havde indflydelse på dødeligheden over en periode på 10 år. Undersøgelsen tog udgangspunkt i en af de mest omfattende undersøgelser, der foreligger af venners påvirkning på livsglæden, den australske longitudinale undersøgelse *The Australian longitudinal study of aging* (Luszuz 2006). I undersøgelsen konkluderes, at et stort netværk af venner samt fortrolige venner har en beskyttende effekt mod dødelighed (Giles et al. 2005: 574, 577-578). Buffereffekten kan således være med til at beskytte individet vha. dets sociale relationer og netværk mod skadevoldende faktorer. Dette forekommer også på andre området såsom selv vurderet helbred (Kawachi et al. 2002a), depression og stress

(Brown & Harris: 1987). Buffereffekten kan således optræde på flere niveauer. Sociale relationer kan eksempelvis beskytte individet mod ensomhed og dermed øge den enkeltes livskvalitet.

Betydningen af den sociale kapital for det enkelte individs sundhed kan yderligere forstås ud fra den tidligere nævnte ressourceeffekt, som forstås som en bevidst eller ubevidst investering i ressourcer, der kan virke fremmende på individets sundhed (Sund & Krokstad 2011: 45). I den forbindelse kan social kapital muliggøre nogle handlinger for det enkelte individ, som ellers ikke ville være muligt, uden den pågældende sociale kapital. Dette er muligt, idet den enkeltes individuelle sociale kapital omfatter nogle ordinære ressourcer eller andre kapitalformer - såsom penge, sundhedsviden og praktikker mv. - som oprindeligt er tilhørende den enkelte, men bliver mulig for andre individer igennem sociale relationer og netværk (Rostila 2011: 112). Individer kan således få adgang til ressourcer igennem relationer til andre hos de øvrige i netværket, som de ikke nødvendigvis ville have adgang til på anden vis. Dette kan eksempelvis være i relation til at få mere viden på sundhedsområdet og derigennem blive påvirket til at leve et liv med en sundere livsstil. Dette eksemplificeres i en kvalitativ undersøgelse af *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital* foretaget i 2007 af Bente Jensen, Kristian Larsen, Peter Koudahl og Gry Andsager, som tager udgangspunkt i 16 unge efterskoleelever. En af de kvindelige informanter udtrykker i et interview følgende om hvem og hvad, der styrer hendes valg i en sundhedsmæssig sammenhæng:

"Når man er mindre, så er det selvfølgelig forældrene, der har langt den største påvirkning. Det er jo klart. Men efterhånden som man bliver ældre, så begynder det jo også at have indvirkning på en selv, fx at man er ude at handle og siger, hvad det er man gerne vil have. Men jeg mener stadig, at forældrene udgør en stor del af påvirkningen, fordi det er dem, som ligesom har givet nogle principper med i bagagen med videre frem. Men det kommer også meget an på ens venner. Nu bor jeg på værelse med en, der spiser meget frugt. Så det tror jeg også har en indvirkning et sted – så deler vi lige nogle æbler eller et eller andet. (...)"

(Jensen et al. 2007: 82)

Informanten gør i sidste del af citatet opmærksom på, hvorledes hun igennem hendes relation til bofællen får adgang til en ressource der i dette tilfælde får hende til at spise mere frugt end hun ellers ville gøre uden denne ressource som en del af sin sociale kapital. På denne måde forekommer den sociale kapital i dette tilfælde fremmende for informantens sundhed. Det skal i relation hertil påpeges, at forklaringen som en bevidst eller ubevidst investering i ressourcer kan være en vigtig kanal til udbredelsen af *good practise* i relation til sundhedsadfærd (Halpern 2005: 94). Dog kan samme opfattelse også have en negativ påvirkning på individers sundhed. I en bredere kontekst fremhæver Alejandro Portes, der er professor i sociologi ved

Princeton University, mafiafamilier, prostitution og ungdomsbander i USA som eksempler på ressourceeffekten i en negativ retning (Portes 1998: 18). Mennesker der kommer fra andre miljøer end mafiafamilier, prostitution eller ungdomsbander, kan således blive påvirket til at være en del heraf igennem ressourcerne hos de pågældende i netværket, der stilles til rådighed for den enkelte ved at indgå i relationer med mennesker indenfor de nævnte kriminelle brancher. Ressourceeffekten kan således i en sundhedsmæssig retning også fastholde individer i en sundhedsrisiko og dermed have en negativ påvirkning. Dette kan eksemplificeres ved et citat fra en af mine evalueringer for Aalborg Kommune fra min praktik ved Sundhedsafdelingen hos Sundhed og Bæredygtig Udvikling. I denne forbindelse foretog jeg en evaluering af rygestopaktiviteter på ungdomsuddannelser i kommunen, hvor det viste sig, at ikke alle rygestopaktiviteter fungerede helt efter planen. Specielt én skole skilte sig ud, hvor en elev havde skåret betydelig ned på sit forbrug af cigaretter til udelukkende at ryge i skolen, da cigaretterne i skoletiden ifølge eleven var de sværeste at undvære:

"Alle ryger næsten herude. Det vil sige... ca. 80 pct. ryger i skolen herude. Så det er ligesom lidt svært. Men jeg har skåret det ned til kun at ryge i skolen. Det at sidde oppe i klassen og lige komme ud og få lidt frisk luft og sådan noget, det er godt nok svært at holde sig fra. [...] Man ryger bare fordi alle andre ryger."

(Jensen 2011: 14)

I nyere tid er der kommet stort fokus på social kapital samt dens rolle i relation til sundhed og sygdom. Undersøgelser har vist en sammenhænge mellem social kapital – målt som deltagelse i sociale aktiviteter - og førtidspension, hvor en lav grad af social kapital var forbundet med en øget risiko for førtidspension blandt kvinderne (Johnell et al. 2006). Sammenhængen mellem sociale relationer og helbred har været kendt i mange år. Eksempelvis er det dokumenteret gentagende gange, at ugifte og især fraskilte har større sygelighed og dødelighed (Due og Holstein 2007: 211-212) samt et dårligere immunforsvar (Seeman 1996: 447 og Robles & Kiecolt-Glaser 2003) end gifte. Dertil viser undersøgelser at jo svagere socialt netværk jo højere dødelighed (Berkman & Syme 1979). Kirsten Avlund, Mogens Trab Damsgaard og Bjørn E. Holstein har foretaget et forløbsstudie der dokumenterer en selvstændig sammenhæng mellem sociale relationer og mortalitet. Studiet tog udgangspunkt i 734 70årige mænd og kvinder i 1984, hvorefter man 11 år senere hentede data om indtruffen dødelighed (Avlund et al. 1998). Studiet viste foruden sammenhængen mellem sociale relationer og mortalitet også at det havde betydning for dødeligheden at modtage hjælp samt at hjælpe andre. Kvinder uden social støtte samt mænd der ikke hjalp andre, og som boede alene, havde en øget risiko for at dø under den 11årige opfølgingsperiode. Derudover viste undersøgelsen også en forskel i de sociale relationers funktion for henholdsvis mænd og kvinder (Avlund et al. 1998: 635). Blandt syge ser man

også ofte en sammenhæng mellem sociale relationer og helbredelse således, at patienter med stærke sociale relationer har bedre helbredelse og lavere risiko for at dø af deres sygdom end patienter med svage sociale relationer (Due & Holstein 2007: 212). Eksempelvis viser Wouter Poortinga i artiklen *Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital*, at et højt niveau af social support medfører et godt selv vurderet helbred. Samtidig viser undersøgelsen også, at mennesker med en høj grad af generaliseret tillid og yder frivilligt arbejde i klubber eller organisationer, er mindre tilbøjelige til at have et dårligt selv vurderet helbred (Poortinga 2006b). Relationerne ser yderligere også ud til at spille en vigtig rolle i relation til helbredelsesbelastende hændelser, hvor mennesker med stærke relationer har mindre risiko for at blive syge når de udsættes for helbredsbelastende hændelser såsom dødsfald i familien og arbejdsløshed (Due og Holstein 2007: 212).

I flere af ovenstående undersøgelser ses der således en sammenhæng mellem social kapital – defineret som sociale relationer – sundhed, sygdom og mortalitet. En sammenhæng mellem social kapital og mortalitet ses yderligere i andre undersøgelser, hvor social kapital er defineret anderledes. Eksempelvis i tilfælde hvor social kapital er defineret som reciprocitet, tillid til andre og frivillige aktiviteter – en definition der er tilsvarende Robert Putnams definition af social kapital. En undersøgelse med denne definition af social kapital er undersøgelsen *Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago* foretaget af Ichiro Kawachi, Kimberly A. Lochner, Robert T. Brennan og Stephen L. Buka (Kawachi et al. 2003). Undersøgelsen skelner mellem vestlige og ikke-vestlige befolkningsgrupper, hvor der ses, at en høj grad af social kapital er associeret med en lavere dødelighed samt en lav dødelighed af hjertesygdomme hos den vestlige befolkningsgruppe. Blandt den ikke-vestlige befolkningsgruppe forekom associationen mellem social kapital og dødeligheden mindre konsekvent.

Andre undersøgelser viser, hvordan menneskers sociale kapital kan være med til at forme menneskers sundhedsadfærd. Som tidligere nævnt kan virkningerne af den sociale kapital set som en ressourceeffekt både være positive og negative. Det er eksempelvis vist i en undersøgelse, at børn og unge der er stærkt integreret i et netværk både udviser fornuftig og ufornuftig sundhedsadfærd på samme tid (Rasmussen 2004: 107-110 og Due & Holstein 2007: 213). Den fornuftige sundhedsadfærd skal ses i relation til unge, der er stærkt integreret i et netværk, har et sundt forhold til motion, hvorimod den ufornuftige sundhedsadfærd skal ses i relation til rygning og alkohol. Forklaringen skal findes i de unges sekundære socialisering, hvor de unges kammerater er de vigtigste kilder til indlæring, da vores adfærd præges af dem der står os nærmest.

Måles social kapital derimod som graden af tillid, viser det sig også at have en stor betydning for menneskers helbred. Et studie af Ichiro Kawachi, S. V. Subramannian og Daniel J. Kim fra 2002 analyserede den

sociale tillids effekt på selvvurderet helbred blandt 21.456 individer fra 40 forskellige samfund i USA baseret på data fra *2000 Social Capital Community Benchmark Survey* (Kawachi et al. 2002b). I studiet veksler man mellem tillid målt som generel tillid på individniveau og tillid på samfunds niveau, som er en opsummering af den individuelle tillid særskilt i hvert af de 40 samfund. I studiet ses der en sammenhæng mellem høj samfundstillid og lav sandsynlighed for at rapportere et dårligt selvvurderet helbred. For mennesker med en lav grad af tillid viste effekten af samfundstillid på det selvvurderede helbred sig at være modsat, hvor med tillid således også har en stor betydning for menneskers helbred.

Således forekommer der et stort omfang af videnskabelige undersøgelser, der dokumenterer den sociale kapitals betydning for menneskers helbred. Men hvorledes kan dette samt den enkeltes sundhed undersøges empirisk? Det vil være omdrejningspunktet for det følgende afsnit.

1.4 Sundhedsprofil 2010 – ”Hvordan har du det?”

Nærværende speciale tager udgangspunkt i Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010 gældende for Aalborg Kommunes borgere, der bygger på en spørgeskemaundersøgelse, som er blevet gennemført under titlen *Hvordan har du det?* Undersøgelsen er en *tværsnitsundersøgelse*, hvor der er udtrukket en stikprøve blandt borgerne i alderen 16+, hvor stikprøvestørrelsen for hele Region Nordjylland udgør 35.700 respondenter, mens den for Aalborg Kommune udgør 6.800 respondenter med en svarprocent på 64,1 (Pedersen et al. 2011: 16-17). Borgerne har svaret på 76 spørgsmål omhandlende deres sundhed og trivsel, hvoraf 51 spørgsmål var gældende alle fem regioner, mens de resterende 25 spørgsmål yderligere var inkluderet af Region Nordjylland og de nordjyske kommuner. Disse 25 supplerende spørgsmål er bl.a. valgt med fokus på social kapital. På baggrund af disse spørgsmål er netop denne undersøgelse særlig interessant i relation til nærværende speciale, da de mange spørgsmål omhandlende social kapital giver en unik mulighed for at gå i dybden med begrebet og dets sammenhæng med sundhed. Foruden de 25 supplerende spørgsmål, der vægter social kapital, har undersøgelsen også vægtet en lang række spørgsmål, der kan måle den enkeltes sundhedsgrad, da dette anses for relevant i forhold til at kunne måle forskellige aspekter, der skaber udfordringer på regionalt og kommunalt niveau indenfor sundhedsområdet.

I Sundhedsprofilundersøgelsen for Aalborg Kommunes borgere forekommer der et bortfald på 35,9 pct. (2442 respondenter), forstået som individer der ikke har svaret på spørgeskemaet, jf. svarprocenten på 64,1 (4358 respondenter). Bortfaldet kan have stor betydning for undersøgelsens *generaliserbarhed*, hvis de personer der ikke har svaret afviger betydeligt fra dem, der har svaret på spørgeskemaet. I så fald kan det have konsekvenser for undersøgelsens *repræsentativitet*. Der er i nærværende speciale ikke foretaget

vægtning i skævheder i bortfald. Dvs. at der statistisk ikke er korrigeret for, at der er større bortfald blandt nogle grupper end andre, hvilket også har den betydning, at procentsatserne ikke er retningsgivende. Dette bør der således tages forbehold for, og vil blive uddybet i kapital 3 – *Metodisk tilgang*.

For yderligere oplysninger om Sundhedsprofilundersøgelsens dataindsamlingsproces, stikprøve, bortfald og repræsentativitet se bilag 1 – *Region Nordjyllands sundhedsprofilundersøgelse 2010*.

1.5 Specialets fokusområde

Med afsæt i ovenstående afsnit står det således klart, at der eksisterer en social ulighed i sundhedsgoder. Et område som også S-R-SF-regeringen lægger vægt på at begrænse ved at sikre en lige og retfærdig adgang til goder i et velfærdssamfund som Danmark (Regeringen 2011: 5-6). Problemet er ikke blevet mindre i de sidste 20 år – tværtimod er uligheden i dødeligheden næsten fordoblet (Diderichsen et al. 2011: 5). I forsøget på at reducere den sociale ulighed i sundhed er der kommet øget fokus på mange forskellige mekanismer, der kan have en indvirkning på den ulige fordeling af sundhed. Social kapital er netop en af disse faktorer, der har vist sig at spille en stor rolle i relation til menneskers helbred. Social kapital har vist sig i fortrinsvist internationale undersøgelser, at have en sammenhæng med bl.a. dødelighed, selv vurderet helbred, depression, stress og sundhedsadfærd, jf. afsnit 1.3 *Social kapital*. Der forekommer således mange undersøgelser af social kapitalers rolle i forhold til menneskers sundhed i nyere tid. Eksisterende undersøgelser tager dog hovedsageligt udgangspunkt i traditionel databehandling, der har til hensigt at isolere effekter, hvor dette speciale har til formål at grave et spadestik dybere ved hjælp af en korrespondanceanalyse samt klyngeanalyse, som vil blive uddybet i det nedenstående.

Formålet med dette speciale er at opnå viden om sundhed set i lyset af social kapital. Det ønskes med specialet at studere, hvorvidt en social mekanisme som social kapital, kan være en forklarende faktor i relation til ulighed i sundhed. Specialet søger derfor at belyse sammenhængen mellem social kapital og sundhed.

Specialets problemformulering udmunder derfor i følgende:

Hvilke sammenhænge er der mellem social kapital og sundhed blandt Aalborg Kommunes borgere?

Første trin i besvarelsen af problemformuleringen vil som nævnt blive udarbejdet ved hjælp af en korrespondanceanalyse, der er særlig egnet til at behandle komplekse datamaterialer og håndtere mange vari-

able på en gang. Korrespondanceanalysen muliggør overblik over komplekse sammenhænge mellem social kapital og sundhed, som ellers ville forekomme vanskeligt at identificere via almen korrelationstests.

Specialet tager med udgangspunkt i en korrespondanceanalyse afsæt i en *eksplorativ* tilgang, hvor mønstre og strukturer mellem social kapital og sundhed således foregår mest muligt forudsætningsløst. Dette får således den betydning, at specialet har mulighed for at kunne frembringe nogle mønstre og strukturer, som ved traditionel databehandling måske ikke vil være synlige i samme grad, da traditionel databehandling i højere grad arbejder ud fra nogle forud antagne sammenhænge mellem social kapital og sundhed.

Specialets operationalisering af social kapital tager udgangspunkt i Pierre Bourdieu, James S. Coleman og Robert D. Putnams teoretiske afsæt om social kapital, som både har ligheder og forskelle. Dette er netop muligt med udgangspunkt i Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010, der som nævnt har konstrueret spørgsmål med fokus på social kapital. Der foreligger således en unik mulighed for at belyse sammenhænge mellem social kapital og borgernes sundhed.

På baggrund af korrespondanceanalysen foretages der yderligere en klyngeanalyse, der skaber klynger af Aalborg Kommunes borgere som inden for hver klynge ligner hinanden mest muligt og mellem klyngerne adskiller sig mest muligt fra hinanden med hensyn til social kapital. Dette da der i regeringsgrundlaget 2011 forekommer et ønske om, at kommunerne fremadrettet skal prioritere forebyggelsesindsatsen for at løse udfordringerne med ulighed i sundhedstilstanden (Regeringen 2011: 43). Ved at konstruere klynger af Aalborg Kommunes borgere med specifikke kombinationer af social kapital fremmer det således muligheden for, at Kommunen fremadrettet vil kunne målrette forebyggelsesindsatsen yderligere med en større viden på området, end hvad der på nuværende tidspunkt er muligt med udgangspunkt i den eksisterende viden. Specialet vil således også kunne bibringe en ny viden på området med specifikke kombinationer af social kapital blandt borgere i Aalborg Kommune.

Sammenfattet skaber korrespondanceanalysen rummet for social kapital, mens klyngeanalysen skaber idealtypiske klynger af Aalborg Kommunes borgere, som ligner hinanden med hensyn til mængden og sammensætningen af social kapital. Igennem klyngeanalysen undersøges, hvorledes de pågældende mønstre i social kapital relaterer sig til sundhed. Dette vil yderligere blive uddybet i kapitel 3. *Metodisk tilgang*.

2. Forståelsesrammen

Forståelsesrammen i dette speciale ligger som nævnt indenfor Pierre Bourdieu, James S. Coleman og Richard D. Putnams forståelse af social kapital. Dette valg er truffet, idet Pierre Bourdieu, James S. Coleman og Richard D. Putnam er de mest centrale teoretikere i nyere tid i relation til social kapital. Derudover vil der i analysen tages yderligere afsæt i Pierre Bourdieus teoretiske grundlag. Derved bliver det relevant at inddrage disse tre tilgange i specialet ud fra deres forskellige valg af genstandsfelter og optikker.

Som jeg vil vende tilbage til nedenfor, forekommer der forskellige perspektiver på social kapital ud fra de forskellige teoretiske positioner, de tre centrale teoretikere udgør. Dog forekommer der en fælles opfattelse blandt alle tre teoretikere, at sociale relationer kan betragtes som en form for social kapital, og at den sociale kapital kan anskues som en ressource.

2.1 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (Bourdieu) (1930-2002) introducerede for første gang sit begreb om social kapital i et af hans mest omtalte værker – *Distinktionen* der udkom på fransk i 1979, hvori Bourdieu gjorde op med individets handlerum i samfundet kortlagt udelukkende som økonomisk kapital (Bourdieu 1995: 44). Bourdieu præsenterer fire forskellige kapitalformer – materielle som immaterielle - der overordnet kan forstås som ressourcer i et samfund. Social kapital er ifølge Bourdieu en ud af flere ressourcer eller kapitalformer, som principielt bør belyses i relation til det felt de gør sig gældende indenfor og i relation til den habitus den enkelte aktør er i besiddelse af.

Begreberne kapital, felt og habitus er centrale for nærværende afsnit om Bourdieu. Dette da de nævnte begreber kun kan defineres indenfor rammerne af det teoretiske system de udgør i fællesskab (Bourdieu 1996: 83).

2.1.1 Bourdieus fire kapitalformer

Kapital er et af Bourdieus helt centrale begreber, hvor han forsøger at begrebsliggøre de ressourcer, som individer er i besiddelse af, og som de drager fordel af i det sociale liv. Hos Bourdieu optræder kapital i fire former; *økonomisk, kulturel, symbolsk og social kapital*, hvoraf økonomisk kapital er den eneste materielle kapital, mens de øvrige tre kapitalformer karakteriseres som immaterielle. Økonomisk kapital står hos

Bourdieu som penge og materielle ressourcer, mens kulturel kapital anses for summen af viden, uddannelse, information og dannelse hos den enkelte (Bourdieu 1995: 44-45 og 56-57). Ifølge Bourdieu kan den kulturelle kapital eksistere i tre forskellige tilstande; *kropsliggjort*, *institutionaliseret* og *objektiveret*. I kropsliggjort tilstand er den som mentale og legemlige dispositioner, som måder at tale, klæde og bevæge sig på, som viden, smag og tilbøjeligheder (Prieur & Sestoft 2006: 89). I institutionaliseret tilstand anses den kulturelle kapital som uddannelse, eksamener og hertil tilegnede titler, mens den kulturelle kapital som objektiveret form omhandler arkitektur og kunst (Prieur & Sestoft 2006: 90-91). Foruden den økonomiske og kulturelle kapital opererer Bourdieu også med en tredje grundlæggende kapitalform, som er særlig interessant for nærværende speciale - nemlig den sociale kapital. Social kapital vedrører relationer og netværk, der kan have betydning for aktørens placering og magtposition. Bourdieu definerer social kapital som følger:

"Social kapital er summen af de eksisterende eller potentielle ressourcer, den enkelte eller en gruppe har rådighed over i kraft af et netværk af stabile relationer og mere eller mindre officielle anerkendte 'forbindelser', hvilket vil sige summen af den kapital og magt, der kan mobiliseres i kraft af et sådant netværk."

(Bourdieu & Wacquant 1996: 105)

Foruden de tre grundlæggende kapitalformer fremhæver Bourdieu også symbolsk kapital som en fjerde og en slags overordnet kapitalform, som de tre grundlæggende kapitalformer transformeres til, når de tillægges en symbolsk værdi (Bourdieu 1995: 65 og Hegedahl & Rosenmeier 2007: 14). Et eksempel herpå kan være den symbolske statusværdi der tillægges titlen som overlæge i et sundhedsfagligt miljø, eller gennemførelse af en Ironman, der fremstår som et statussymbol. Denne form for symbolsk magt virker kun overfor aktører, der har de såkaldte perceptionskategorier til at identificere og anerkende magten med (Bourdieu 2005: 94). Det er således en magt der praktiseres på betingelse af en indforståethed hos aktøren der udsættes for magten.

Bourdieu fremhæver, at en kapital nødvendigvis må kunne omsættes til en anden kapitalform for at kunne betegne kapitalen som en kapital. Hertil er det Bourdieus tanke f.eks., at alle de immaterielle kapitalformer kan omsættes til økonomisk kapital (Bourdieu 2005: 95 og Bourdieu 1986: 252). Derudover må en kapital nødvendigvis også kunne overføres over tid og dermed have en vis varighed samtidig med, at kapitalen også må have en værdi i form af de penge, tid og ressourcer aktører investerer i en kapital for at kunne erhverve sig betegnelsen kapital (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 14). Kapitalformerne forekommer kun af

værdi, hvis de eksisterer i et *felt*¹, hvor kapitalformerne tillægges en særlig værdi (Bourdieu & Wacquant 1996: 86). Kapitalformernes værdi afhænger således af feltet kapitalformerne indgår i og omvendt.

En central pointe hos Bourdieu var, at aktøren kan arve kapital fra familiens tidligere generationer (Bourdieu 1995: 57 og Bourdieu 1986: 249). Kapitalformerne kan således være med til at beskrive en ulige adgang til ressourcer, der reproduceres i samfundet fra generation til generation.

Et andet centralt begreb for dette speciale er Bourdieus begreb om *habitus*. Dette vil være fokus for næste afsnit, hvorefter social kapital i en bourdieusk opfattelse vil blive uddybet.

2.1.2 Habitus

Habitus betegnes ofte som et medierende begreb mellem felt og kapital. Relationen mellem felt og habitus betegner Bourdieu, som at feltet strukturerer habitus samtidig med, at habitus bidrager til at opbygge feltet som en verden med værdier, der giver mening for aktørerne at efterstræbe (Bourdieu & Wacquant 1996: 112). Habitus er *"et socialt konstitueret system af strukturerede og strukturerende holdninger, der er tilegnet i en praksis og konstant er orienteret mod praktiske mål"* (Bourdieu & Wacquant 1996: 106-107). Habitus ses som varige men foranderlige *dispositions*-systemer, hvor agenter opfatter, agerer og handler ud fra i verdenen (Bourdieu 2007: 92). Der er således tale om en inkorporeret væremåde og tænkemåde, som bl.a. er forudsat af de opvækstbetingelser agenterne har haft, og de påvirkninger agenterne ubevidst har været igennem. På denne måde bliver aktørerne påvirket af de omgivende strukturer i det enkelte felt, der internaliseres i aktørens habitus som aktøren handler ud fra. Habitus spiller således en afgørende rolle i relation til bl.a. aktørernes overordnede holdning til sundhed og ikke mindst deres sundhedsadfærd. Habitus vil derfor i specialet være medvirkende til at forklare, hvorfor der ses forskelle i social kapital samt sundhed. En agents habitus udvikler sig løbende igennem hele livet i takt med de ændrede livsbetingelser. Dog forekommer agentens habitus mindre påvirkelig i takt med alderen (Bourdieu & Wacquant 1996: 118). Således forekommer agentens habitus mest påvirkelig i barndommen. Jo ældre en agent er, jo mere indgroet er dens vaner og handlemønstre også ofte. På denne måde kan habitusbegrebet også spille en forklarende rolle i relation til den tidligere beskrevne sociale arv.

¹ *"På det analytiske plan kan et felt defineres som et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner"* (Bourdieu & Wacquant 1996: 84). Positionerne er fastlagt i relation til deres placering til de pågældende kapitalformer, der er aktive på det enkelte felt. Hertil er det vigtigt at understrege, at der er forskellige typer af kapital, der er aktive på forskellige felter (Bourdieu & Wacquant 1996: 84-85).

2.1.3 Social kapital hos Bourdieu

Som tidligere anført betegner Bourdieu social kapital som relationer og netværk, der kan have betydning for aktørens placering og magtposition. Sociale netværk ses som et produkt af individuelle eller kollektive investeringer, og dermed ikke naturgivne fænomener (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 15). Investeringerne kan bevidst eller ubevidst være medvirkende til at etablere sociale relationer, der både er af kortere eller længere varighed. Ifølge Bourdieu forbindes de sociale grupper sammen af solidaritet mellem agenterne med det formål at opnå det Bourdieu kalder *profit* (Bourdieu 1986: 242 og 249). Profit skal i en bourdieusk opfattelse forstås bredt. Der er ikke blot tale om økonomisk profit, men også som et netværk den enkelte kan trække på ved sygdom og dermed opnå profit, eller som et netværk der på nogle områder eksempelvis ligefrem kan virke sundhedsfremmende for den enkelte. Investeringsstrategierne er således grundlaget for, at aktørerne vedligeholder sociale relationer og/eller danner nye sociale relationer. Bourdieu angiver således også reciprocitet en særlig betydning i udvekslingen mellem mennesker, der er med til at danne grundlag for den sociale kapital, men tillægger ikke dette samme vægt som de to øvrige teoretikere.

Bourdieu påpeger yderligere, at den enkeltes sociale kapital er afhængig af både størrelsen af de netværk og forbindelser agenten har, samt den mængde social kapital netværkets øvrige medlemmer besidder (Bourdieu & Wacquant 1996: 105). Derudover kan medlemskab af grupper have en betydning for yderligere erhvervelse af andre kapitalformer. Eksempelvis kan den sociale kapital have betydning for tilgangen til den kulturelle eller økonomiske kapital (Bourdieu 1986: 249). Social kapital skal således ses hos Bourdieu, som ressourcer agenterne kan trække på, igennem de netværk agenten indgår i.

2.2 James S. Coleman

James S. Colemans (Coleman) (1926-1995) arbejdede videre på Bourdieus teori om social kapital. I bogen *Foundations of Social Theory* fra 1990 fremlægger Coleman ligesom Bourdieu en kritik af den klassiske handlingsteori, der udelukkende blev anset som økonomisk og rationel. I Colemans teori om social kapital forsøger han at forene det sociologiske perspektiv, som fremhæver socialiseringsprocesser, sociale normer og regler der styrer menneskers handlinger, samt det økonomiske perspektiv hvor selvstændige individer og nyttemaksimering er styrende for handlinger (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 18). Coleman fremlægger i *Foundations of Social Theory* et perspektiv der bygger på et Rational Choice perspektiv, hvor individer opfattes som egoistiske og rationelle. Som en forklaring på, at individet ikke altid handler i overensstemmelse hermed, udvikler Coleman en teori om social kapital. Coleman forsøger med begrebet social kapital at vise,

hvordan bindende normer og fælles institutioner er medvirkende til, at tilstande ud fra et Rational Choice perspektiv ikke er kommet til at dominere samfundet totalt (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 17).

2.2.1 Social kapital hos Coleman

Coleman ser social kapital som en ressource, der kan øger individets handlemuligheder, og som den enkelte kan trække på ved gensidige sociale relationer. Coleman ser social kapital som noget der findes i strukturen af individers relationer, og dermed noget der opstår mellem individer (Coleman 1990: 303). Det vil således sige, at social kapital forstås som noget der opstår mellem individer der indgår i relationer med hinanden baseret på grundlæggende præmisser for tillid, gensidighed og normer for handlen (Coleman 1990: 300). Ifølge Coleman er social kapital således ikke noget der er iboende i individet eller en egenskab hos den enkelte, hvorfor individet ifølge Coleman ikke selv kan skabe social kapital (Coleman 1990: 304). Det får også den betydning for det socialt isolerede individ, at individet ingen tilgang til social kapital har, hvor en konsekvens heraf kan være eksklusion eller stigmatisering. Som det også er nævnt i kapital 1 - *Problemfelt*, har den sociale kapital således også en skyggeside, selvom det ikke er hovedfokus hos nogen af de tre pågældende teoretikere. Colemans opfattelse af social kapital tager således udgangspunkt i, hvilket udbytte den enkelte får ved at indgå i sociale relationer. Coleman pointerer yderligere, at social kapital er en mindre håndgribelig kapitalform sammenligner med økonomisk, human og fysisk kapital, da social kapital som nævnt eksisterer i relationen mellem individerne (Coleman 1990: 304). For at relationerne mellem individerne kan opstå, kræver det dog at individerne investerer i skabelsen af en sådan struktur af forpligtigelse, forventninger, ansvar, normer og sanktioner (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 19). Essensen er her hos Coleman, at individer med en høj grad af tillid og forpligtigelse i et netværk er i stand til at opnå mere end individer, der ikke har samme grad af tillid og forpligtigelse i et netværk. De sociale relationer eller netværk der er baseret på forpligtigelse og tillid vil samtidig skabe en høj grad af sociale kapital, som den enkelte vil kunne trække på efter behov og i relation med de øvrige i netværket.

Coleman arbejder med tre kategorier af social kapital indenfor strukturer, som i det følgende afsnit vil blive uddybet. Derefter følger en yderligere uddybelse af Colemans opfattelse af social kapital.

2.2.2 Tre kategorier af social kapital

De nævnte tre kategorier, som Coleman arbejder med vedrører 1) *forpligtigelser, forventninger og pålidelighed*, 2) *informationskilder* samt 3) *normer og effektive sanktioner*. Dog kan flere af formerne for social

kapital forekomme indenfor samme struktur. Ved forpligtigelse, forventninger og pålidelighed som den første form for social kapital findes social kapital i et system af tjenester og gengældelse. Dette illustreres ved, at hvis A gør en tjeneste for B og stoler på, at B vil gengælde tjenesten på et andet tidspunkt, da vil forholdet skabe en forventning hos A og en forpligtigelse hos B (Coleman 1990: 306). Denne form for social kapital afhænger af en troværdighed, og at de forventede tjenester gengældes ifølge Coleman. Dette kan eksempelvis ses ved at venner imellem hjælper hinanden ved en eventuel sygdom. Den anden form for social kapital vedrører en overførsel af information, som findes i sociale relationer eller netværk (Coleman 1990: 310). Eksempelvis kan en kvinde der ønsker at begynde at løbetræne, men som ingen erfaring eller viden har om løbetræning, trække på sit netværk, der har kendskab til løbetræning for at få den nødvendige information og viden. På denne måde kan sociale relationer lette tilgangen til det den enkelte søger viden og information omkring. Den tredje og sidste form for social kapital som Coleman opererer med, er normer og effektive sanktioner. Normer opstår ifølge Coleman idet en social bestemt ret til at kontrollere en handling besiddes af andre end den enkelte (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 20). Det vil således sige, at normer er bestemmende for, hvad der anses som korrekt og ukorrekt. Hertil fremhæver Coleman yderligere, at sanktioner håndhæver normerne i form af belønninger for den korrekte handling eller straf for den ukorrekte handling (Coleman 1990: 242). Et eksempel på disse effektive normer er nedsættelse af rygning i det offentlige rum, som gør det muligt for ammende mødre at tage deres barn med på café, uden at skulle bekymre sig om at udsætte barnet for passiv rygning. Sådanne normer øger individets sundhedsadfærd i en positiv retning. De effektive normer kan ligeledes ses ved forsøget på nedsættelse af antallet af kræftpatienter i Danmark, hvor der generelt forekommer en positiv holdning til screening for kræft i befolkningen, som medfører at størstedelen af befolkningen uden større bekymring tager imod screeningstilbud for livmoderhals-, bryst- og tarmkræft. Coleman fremhæver yderligere en særlig vigtig norm, som leder til tilblivelsen af den sociale kapital – nemlig, at normen bør styres af fællesinteresse og ikke af egeninteresse (Coleman 1990: 311).

2.2.3 Social kapital muliggør handlinger

Ifølge Coleman kan en gruppe eller organisation, der er skabt med et formål, også muliggøre andre mål. På denne måde anses social kapital for at være et såkaldt biprodukt af de aktiviteter som et individ involverer sig i uden at have social kapital for øje som et endeligt mål, men nærmere som en bonus ved at indgå i sociale relationer (Coleman 1990: 312-313). Social kapital kan hos Coleman også ses som et privat- og et offentligt gode, da Coleman understreger, at social kapital i netværk også kan tilfalde andre individer end individerne i det pågældende netværk. Social kapital der skabes i et netværk af sundhedsfremmende arbej-

de, kan også påvirke andre individer positivt, end dem som bruger tid og kræfter på netværket. Social kapital kan således også opfattes som en slags velfærdsgode, der kan tilfalde hele samfundet.

Samlet set skal social kapital ifølge Coleman derfor forstås som en særdeles vigtig ressource hos den enkelte, som både kan være med til at øge og begrænse individets handlemuligheder og her igennem også oplevelsen af den enkeltes livskvalitet ifølge Coleman (Coleman 1990: 317 og Hegedahl & Rosenmeier 2007: 21). Social kapital defineres således af Coleman ud fra dets funktion:

"Social capital is defined by its function. It is not a single entity, but a variety of different entities having two characteristics in common: They all consist of some aspect of social structure, and they facilitate certain actions of individuals who are within the structure. Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that would not be attainable in its absence."

(Coleman 1990: 302)

Social kapital skal altså her forstås som et fremmende middel eller en produktionsfaktor der muliggør nogle handlinger, som uden dens tilstedeværelse ikke ville være mulige. Ydermere er sociale relationer med til at mindske nogle af omkostningerne, som ellers ville forekomme i forsøget på opnåelse af de ønskede handlinger (Coleman 1990: 304). På denne måde bliver social kapital hos Coleman betragtet som en væsentligt samfundsøkonomisk aktiv, hvilket står i modsætning til Bourdieu der lægger vægt på, at sociale relationer er ulige fordelt mellem forskellige samfundsgrupper i samfundet.

Yderligere fremhæver Coleman, at social kapital er kontekstafhængig, hvor social kapital er nyttig i nogle sammenhænge men uden nytte i andre sammenhænge (Coleman 1990: 302). Eksempelvis kan der forekomme forskel på netværket der kan trækkes på ved sygdom og ved jobsøgning. Hvor det oftest kan være muligt at trække på familiære relationer ved sygdom, er relationerne der trækkes på ved jobsøgningen ofte perifere. Denne opfattelse forekommer ligeledes i Bourdieus teori, da kapitalformerne som nævnt kun er af værdi, hvis de eksisterer i et felt, hvor kapitalformerne tillægges en særlig værdi. Der er således forskel på netværkers værdi og formål, og herunder hvilke netværk der kan trækkes på i hvilke sammenhænge.

Derudover er der bl.a. forskel på Bourdieu og Colemans syn på sociale processer, og dermed hvorledes sociale relationer etableres (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 15). Som tidligere nævnt opfattes individer som egoistiske og rationelle hos Coleman. Dermed ses etableringen af sociale relationer og sociale processer som et resultat af individernes frie vilje, mens den hos Bourdieu anses som lønsomt for den enkelte at indgå i et netværk, idet sociale relationer kan føre kollektive goder med sig (profit). På denne måde kan etab-

lering af sociale relationer hos Bourdieu, anses som begrænset af et underliggende økonomisk system (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 15). Ligeledes har Bourdieu også særlig fokus på begrænsninger – eksempelvis i relation til resourcesvage aktørers adgang til sociale netværk – modsat hvad der er gældende hos både Coleman og Putnam.

2.3 Richard D. Putnam

Richard D. Putnam (Putnam) (1941-) bygger sin forståelse af social kapital på både Coleman og Bourdieus forståelse af social kapital, men fokuserer dog mere på relationernes kvantitet og substans end de to andre teoretikere, der lægger mere vægt på relationernes oplevede kvalitet (Jensen et al. 2007: 30).

I Putnams første værk *Making Democracy Work – Civic Traditions in Modern Italy* fra 1993 var Putnams primære formål at undersøge, hvad der danner grobund for et effektivt demokrati, der ifølge Putnam skaber de bedste økonomiske vækstbetingelser. Putnam præsenterer i dette værk en komparativ undersøgelse mellem Nord- og Syditalien, der viser hvordan en kombination af marked og struktur har fungeret forskellige i de to dele af Italien. Putnam viser, at generelle forskelle i social kapital er årsagen til at Norditalien er mere velfungerende og rigt end Syditalien. Han ser abstrakte sociale relationer i Norditalien, hvor der arbejdes med reciprocitet og normer samtidig med, at der opstår netværk af borgerlige engagementer, mens de sociale relationer i Syditalien forekommer afgrænsede til et familiært netværk og hierarkiske beskyttelsessystemer (Putnam 1993: 182-183). Som et resultat heraf konkluderer Putnam, at demokratiseringsprocessen i Norditalien er mere vellykket end i Syditalien, da mængden af den sociale kapital er højere i Norditalien end i Syditalien.

Dette synspunkt videreføres i Putnams andet store værk *Bowling Alone – the Collapse and Revival of American Community* fra 2000, hvor Putnam ligeledes viser, hvorledes social kapital i form af tillid og netværk er fundamentale træk ved det sociale liv og for samfundet (Putnam 2000: 135). Putnam konstaterer i dette værk, som tager udgangspunkt i den amerikanske befolkning, at den sociale kapital er for nedadgående. Tidligere bowlede folk i klubber, hvor bowling nu foregår alene. Putnam ser således en løsrivelse fra de sociale relationer, som ifølge Putnam har stor betydning for sammenhængskraften i det amerikanske samfund, hvor den sociale kapital anses som betydningsfuld for individers velbefindende og sundhed samt samfundets økonomi og demokrati (Putnam 2000: 326 og Hegedahl & Rosenmeier 2007: 26-27).

Mens Bourdieu og Coleman har en overvejende sociologisk og relationel tilgang til social kapital, forekommer Putnams perspektiv mere normativt og politologisk, da han er optaget af følgerne af en forringet social

kapital (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 25). Der kan yderligere trækkes en direkte sammenhæng mellem Coleman og Putnams teori om social kapital. Dette da Putnams definition af social kapital næsten er identisk med Colemans, men hvor Putnam trækker sig væk fra Rationel Choice perspektivet og som nævnt bevæger sig op på et aggregeret niveau.

2.3.1 Social kapital hos Putnam

Ved ovenstående opsummerede pointer fra Putnams to hovedværker forstår Putnam således social kapital som sociale netværk, normer for gensidighed og den troværdighed, som opstår i forbindelse med disse normer. Ifølge Putnam defineres social kapital som følger:

"Social capital here refers to features of social organization, such as trust, norms, and networks, that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions."

(Putnam 1993: 167)

Overordnet forekommer det i Putnams teori om social kapital, at sociale relationer og netværk har en høj værdi, da samfundet med en høj grad af social kapital i form af normer, tillid og gensidighed har højere effektivitet end samfund med en lavere grad af social kapital. Forklaringen herpå skal findes i, at tillid, normer, gensidighed og netværk anses af Putnam som faktorer, der er med til at lette koordinering og samhandlen for de individer der indgår i netværket (Putnam 2000: 19 og Hegedahl & Rosenmeier 2007: 27). På denne måde bliver social kapital også anskuet hos Putnam som en produktionsfaktor i lighed med Coleman, hvor social kapital således bliver en relevant samfundsøkonomisk faktor i forhold til samfundet.

Putnam måler social kapital ud fra graden af deltagelse i samfundets sociale, politiske, og kulturelle aktiviteter, hvorfor social kapital skabes ud fra individers aktive deltagelse i grupper og organisationer (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 31). Indenfor disse grupperinger af netværk opstår fælles normer og forpligtigelse, hvor især de fælles normer styrker de sociale bånd og dermed mindsker risikoen for et brud på de fælles normer eller manglende overholdelse af betingelserne i et netværk eller en social relation, som i tilfælde heraf kan resultere i social udstødelse for normbryderen (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 27-28). Tillid er i lighed med Coleman en vigtig komponent i Putnams forståelse af social kapital. Dette da tillid er med til at lette samarbejdet om at opnå fælles mål. En høj grad af tillid skaber en stor sandsynlighed for samarbejde og vice versa. Hertil skaber samarbejde dog også tillid, da sociale relationer igennem samarbejde spredes ud fra grundtanke om: *"I trust you, because I trust her and assures me that she trust you"* (Putnam 1993: 169). I Putnams optik er tillid både et aktiv for individet og for samfundet. Dog er der altid en risiko for, at den ene

part bryder den sociale tillid og dermed samarbejdet. Om dilemmaet med fælles handlen kan overvindes af individerne afhænger af den brede sociale kontekst, idet samarbejde er lettere i samfund med et nedarvet lager af social kapital (Putnam 1993: 167).

Social tillid kan fremstå ud fra to relaterede forhold – normer for generel gensidighed og lokalt engagement i sociale netværk. Den vigtigste norm ved etablering af et netværk er normen for gensidighed. Dette sker for Putnam ud fra princippet: *"I'll do this for you now, in the expectation that you (or perhaps someone else) will return the favor"* (Putnam 2000: 20). Denne gensidighed resulterer i at individer i et netværk oparbejder en tillid til, at der arbejdes ud fra et sæt fælles normer mod det samme mål. Ligesom gensidigheden også skaber et mere effektivt samfund, hvor tilliden er central, og samfundet fungerer mere gnidningsfrit (Putnam 2000: 21).

I Putnams definition af social kapital indgår der både et individuelt- og et kollektivt aspekt. Social kapital anses for både at gavne individet og samfundet (Putnam 2000: 20). Putnams perspektiv skal forstås således, at enkeltindivider indgår sociale relationer, som gavner egeninteressen, men gavner yderligere også samfundet ved etablering af sociale bånd. Ved indgåelse i et netværk til egen fordel kan netværket eksempelvis bibringe venner og hjælp ved problemer, hvor sociale netværk på det samfundsmæssige plan kan bibringe mindre sygelighed og arbejdsløshed (Putnam 2000: 21). Den gavnlige effekt af tilliden ses yderligere også ifølge Putnam på et individuelt- og kollektivt plan. Blandt individer i et samfund med en høj grad af social kapital i form af normer for gensidighed og tillid, forekommer der en høj grad af tillid til, at tjenester gengældes med gentjenester – en såkaldt *generaliseret tillid* (Putnam 2000: 135). Denne form for tillid gavner ligeledes samfundet generelt, idet den afføder individer der føler en forpligtigelse overfor samfundet til at udføre samfundsopgaver. Dog mod forventningen om, at samfundet gengælder tjenesterne med gentjenester når den enkelte oplever nød. Putnams aggregerede niveau kommer således også til udtryk her, hvor det nyttige for samfundet er centralt modsat, hvad der lod sig gælde hos Bourdieu og Coleman.

I lighed med Colemans definition af social kapital betragter Putnam heller ikke social kapital som noget iboende hos den enkelte, men derimod som noget der opstår i sociale strukturer (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 29). Den sociale kapital forstås således også hos Putnam som en form for ressource, der opstår i relationer mellem individer der er baseret på netværk, normer og tillid, hvor ressourcerne ikke er noget den enkelte besidder men som er tilgængelig for den enkelte.

2.3.2 Bonding social capital vs. bridging social capital

I værket *Bowling alone – the Collapse and Revival of American Community* fremhæver Putnam to former for social kapital – nemlig *bonding social capital* og *bridging social capital*. Disse to former for social kapital skal forstås som henholdsvis vertikale og horisontale netværk. Den form for social kapital der opstår ved de vertikale netværk er bonding social capital. Bonding social capital betegnes ifølge Putnam som indadvendte, da de skaber stærke loyale bånd og gensidighed mellem mennesker, der ligner hinanden. Dette kan eksempelvis være bånd mellem mennesker med samme uddannelse, mennesker der arbejder i samme afdeling i samme virksomhed eller mennesker med samme etnisk baggrund (Putnam 2000: 22-23). Der er således tale om homogene grupper ved bonding social capital, der via deres fælles identitet vil have en tendens til at afgrænse sig skarpt overfor omverdenen. Ifølge Putnam er fordelene ved bonding social capital, at netværket har en meget støttende funktion for netværkets medlemmer grundet medlemmernes meget stærke loyalitet indadtil i netværket (Putnam 2000: 22). Det negative afkast af bonding social capital er, at den kan virke ekskluderende og have en kontrollerende karakter. På denne måde kan bonding social capital både virke begrænsende på medlemmernes handelfrihed, og fordre fjendskab eller uvenskab udadtil med andre ikke-medlemmer af netværket, ved at skabe stærke loyale bånd indadtil i gruppen (Putnam 2000: 23). På denne måde kan bonding social capital i nogle tilfælde forekomme samfundsskadelige. Både Putnam og Coleman beskæftiger sig i et begrænset omfang med negative konsekvenser af social kapital - modsat Bourdieu. Ikke alle sociale relationer og netværk er positive og til gavn for samfundet. Eksempelvis kan rockergrupper have en tydelig karakter af bonding social capital, hvor forskellige goder kan opnås (eller profit i en bourdieusk opfattelse) til skade for de øvrige samfundsmedlemmer.

Den anden social kapital Putnam fremhæver, er bridging social capital, der opstår ved horisontale netværk. Bridging social capital ses som bånd mellem mennesker fra forskellige sociale baggrunde og sociale lag, men som indgår på lige fod med hinanden. Eksempelvis i sportsklubber og foreninger mv. Båndene mellem medlemmerne i dette netværk er oftest svagere end ved bonding social capital men ikke mindst særdeles vigtige i forhold til information og muligheder (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 30). Putnam hævder hertil, at netop netværk i form af bridging social capital er de mest værdifulde netværk, da de svage bånd i form af bekendte hjælper den enkelte til at komme videre i verden – netop dette betegner Putnam som *getting ahead* (Putnam 2000: 23). Derimod betegnes stærke bånd i form af bonding social capital som *getting by*, og opfattes som netværk der kan hjælpe den enkelte til at klare sig igennem dagen og vejen (Putnam 2000: 23). Begge former for netværk anses for vigtige. Bonding social capital for den nødvendige social support, og bridging social capital for solidaritet og respekt på tværs af det sociale spektrum (Poortinga 2006b: 256). Som tidligere nævnt forekommer der netop forskel på, hvilket netværk der kan trækkes på i forskellige

situationer. Ved sygdom forekommer relationer, der kan benævnes *getting by*, som vigtigst for at få hjælpe til praktiske gøremål såsom rengøring, madlavning, tøjvask mv., og dermed hjælp til at den sygedomsramte kan klare sig igennem dagen og vejen. I sådanne situationer er netværk, der kan betegnes som *getting ahead* mindre væsentlige. Relationer benævnet *getting ahead* anses derimod som vigtige for den enkeltes sundhed, da disse relationer kan have betydning for den enkeltes sundhedsviden og praktikker, og på den måde være særdeles vigtige i forhold til information og muligheder, som Coleman også påpege ved *informationskilder* som en kategori af social kapital.

Bonding og bridging social kapital – og herunder *getting by* og *getting ahead* - bygger bl.a. på Mark S. Granovetters (Granovetter) tankegang om begreberne *svage og stærke bånd* (*weak/strong ties*), som i artiklen *The Strength of Weak Ties* argumenterer for, at det er de svage bånd, der har afgørende betydning i forbindelse med erhvervelse af job (Granovetter 1973). Ifølge Granovetter skaber stærke bånd tætte relationer, mens svage bånd skaber mindre tætte relationer. Stærke bånd i form af tætte venskaber og familiemønstre kan være værdifulde ved behov for emotionel støtte, loyalitet og/eller samhørighed, og kan ud fra Putnams terminologi ses som bonding social capital. Svage bånd i form af bekendtskaber såsom naboer eller kollegaer har derimod en mere uforpligtigende og tilfældig karakter, og vil ifølge Putnam ses som bridging social capital (Li et al. 2005: 111). Hertil ser Granovetter de svage bånd som værdifulde, da det er disse bånd, som kan "bygge bro" imellem individer, som ikke nødvendigvis står i direkte relation til hinanden (Granovetter 1973: 1364, 1370, 1376). Han argumenterer yderligere ud fra sine studier, om hvordan jobsøgende opnår at få et job, at det er igennem svage bånd, individer opnår nye informationer og kontakter, som ikke er tilgængelige indenfor den gruppe af personer, som er bundet sammen af stærke bånd (Granovetter 1973: 1364-1365 og 1371-1373). Det ses således muligt ved hjælp af svage bånd, at den enkelte vil kunne opnå større berøringsflade, som vil kunne hjælpe i en situation såsom jobsøgende, da de svage bånd åbner op for flere muligheder end de der ville være mulige ved de stærke bånd. I artiklen *Social Capital and Social Trust in Britain* viser Yaojun Li, Andrew Pickles og Mike Savage, hvorledes forskellige socialgrupper har forskellige netværk. Det forekommer at underprivilegerede socialgrupper har et netværk afgrænset til lokalområdet, mens privilegerede socialgrupper har et netværk der spænder fra fortrolige venner til formelle netværk i frivillige foreninger. (Li et al. 2005: 116). Der ses således i undersøgelsen en social gradient i netværk, hvor privilegerede socialgrupper har et bredere netværk end underprivilegerede socialgrupper i Storbritannien.

Sondringen mellem bonding social capital og bridging social capital skal dog ikke ses som et forhold, hvor den ene udelukker den anden, men som netværksformer der kan forekomme isoleret eller i samspil med hinanden. Således kan et netværk være "bonding" i nogle situationer men "bridging" i andre.

2.4 Tre vinklinger på social kapital

Nærværende speciales operationalisering af social kapital tager afsæt i Bourdieu, Coleman og Putnams teoretiske opfattelse af begrebet. Med udgangspunkt i alle tre teoretikere vil social kapital i den videre operationalisering omfatte sociale relationer, mens begreb med udgangspunkt i Coleman og Putnam også vil omfatte tillid og yderligere sociale aktiviteter med udgangspunkt i Putnam, som måles ud fra individers aktive deltagelse i grupper eller organisationer. Hertil bør det fremhæves, at der på denne måde brydes med en af Bourdieus helt grundlæggende opfattelser i arbejdet med kapitalformerne – nemlig, at kapitalformerne ikke kan forstås særskilt men udelukkende i en vekselvirkning med hinanden (Jensen et al. 2007: 32). Ifølge Bourdieu kan social kapital således ikke forstås uafhængigt af økonomisk, kulturel og symbolsk kapital. Der ses dog på sammenhængen mellem fordelingen af social kapital og fordelingen af kulturel og økonomisk kapital i specialet, selvom fokuset er tillagt social kapital. Hertil nuanceres Bourdieus definition af social kapital yderligere ved hjælp af Coleman og Putnams definition af begrebet.

Et stort antal af undersøgelser af social kapital fokuserer på Putnams teoretiske tilgang og hans aggregerede niveau, hvor han fokuserer på social kapitalens betydning for samfundet (se tidligere nævnte undersøgelser: Kawachi et al. 2003, Kawachi et al. 2002b og Johnell et al. 2006). I modsætning hertil fokuserer Bourdieu derimod på forskelle mellem individer samt sociale grupper, og fokuserer særligt på det ulige magtforhold mellem dominerende og dominerede sociale grupper. Bourdieus teoretiske afsæt ses derfor særlig interessant for specialets problemformulering. I specialet vil Bourdieu derfor i samspil med anden empiri danne det teoretiske grundlag for specialets empiriske analysedel, der vil være behjælpelig til at belyse fordeling i sundhedsgoder blandt borgere i Aalborg Kommune.

Da Bourdieu, Coleman og Putnam har forskellige tilgange til at måle og forstå social kapital, forekommer der også forskel på synet af, hvorvidt social kapital bør måles på mikro-, meso- eller makroniveau. Der forekommer dog enighed blandt de tre teoretikere om, at social kapital ikke anses som en individuel besiddelse, men derimod eksisterer i relationer mellem individer. På denne måde er social kapital kollektivt, men kan tilgås af individer. Men er det overhovedet muligt, at måle social kapital på individniveau ved hjælp af kvantitative data? I et interview af Bjørn Holstein, professor på Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet, foretaget af Marie Louise Widding fra Rådgivende Sociologer understreger Holstein, at han ikke ser det fordelagtigt at bruge kvantitative data til at måle social kapital på individniveau (Widding 2003: 1, 4-5). Dette da man ifølge Holstein ved denne tilgang eksempelvis vil kunne se nogle træk ved menneskers sociale relationer men ikke selve netværkets funktion, og dermed ikke hvad der sker bag de konkrete relationer (Widding 2003: 5). Dette tages der naturligvis forbehold for i operationaliseringen af social kapital. Der forekommer dog en lang række videnskabelige undersøgelser, der også har målt social

kapital kvantitativt på individniveau (se bl.a. tidligere nævnte undersøgelse: Giles et al. 2005). Derudover kan undersøgelsen *Social capital: An individual or collective resource for health?* af Wouter Poortinga eksempelvis nævnes, hvor social kapital måles som tillid og deltagelse i sociale aktiviteter på individniveau ved hjælp af European Social Survey (Poortinga 2006a). I undersøgelsens ses det at mennesker fra lande med høj social kapital, der er tillidsfulde og deltager i sociale aktiviteter, oftere rapporterer et *godt* eller *vældig godt* helbred end mennesker fra lande med en lav grad af social kapital. Hvormed der ses en forskel i graden af social kapital, der tilkommer den enkelte fra forskellige lande. Tilsvarende mål for social kapital lader sig gælde i undersøgelsen *The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland* foretaget af Fredrica Nyqvist, Fjalar Finnäs, Gunborg Jakobsson og Seppo Koskinen, som tager udgangspunkt i et langsdækkende survey, Health 2000 (Nyqvist 2008). Denne undersøgelse viser en sammenhæng mellem menneskers etniske baggrund og social kapital ved at sammenligne svensktalende og finsktalende mennesker i Finland, hvor de svensktalende besad mere social kapital end de finsktalende.

Det antages derfor, at det er muligt at måle social kapital på individniveau, hvilket således er hensigten i specialet med udgangspunkt i eksisterende survey-data fra Aalborg Kommunes borgere.

3. Metodisk tilgang

I dette kapitel vil jeg redegøre og argumentere for specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt der er inspireret af Bourdieu samt de anvendte metoder.

3.1 Specialets videnskabsteoretiske tilgang

Specialets videnskabsteoretiske perspektiv er inspireret af Bourdieus ontologiske og epistemologiske tilgang. Specialet bygger derfor på en ontologisk antagelse om, at der findes en virkelighed, der eksisterer uafhængigt af den enkeltes bevidsthed, hvormed nogle strukturer i samfundet ligger udenfor den enkeltes synsfelt (Bourdieu & Wacquant 1996: 84). Individet kan på denne måde ikke betragtes særskilt fra strukturer. Jeg tillægger mig således det *relationelle* i Bourdieus måde at anskue verden ud fra, hvor hverken struktur eller aktør har en værdi i sig selv, men kun i forhold til hinanden (Bourdieu & Wacquant 1996: 84). Det relationelle i Bourdieus tænkning er et helt centralt grundelement. Betydningen er ikke i sig selv indskrevet i fænomenet, men fremtræder i relation til andre fænomener. I stedet for at et tilhørsforhold til en bestemt socialgruppe bestemmes ved særlige kendetegn, afgøres dette ved ikke at tilhøre andre sociale grupper, og dermed stå i relation hertil (Börjesson 2009: 103). Man kan således være privilegeret ved at have relativt mere social kapital end underprivilegerede, og tilsvarende ved den usunde del af befolkningen ved en usund livsstil i modsætning til den sunde del af befolkningen.

Et tilsvarende syn ses også hos Peter L. Berger og Thomas Luckmann i bogen *Den Samfundsskabte Virkelighed* fra 1966, hvor relationen mellem individ, institution og samfund ses som en konstant dialektik (Berger & Luckmann 2000). Dette udtrykker Berger og Luckmann på følgende måde:

"Samfundet er et menneskeligt produkt. Samfundet er en objektiv virkelighed. Mennesket er et socialt produkt. [...] en analyse af den sociale verden, der lader et af disse tre led ude af betragtningen, vil give et skævt billede."

(Berger & Luckmann 2000: 79)

Berger og Luckmann beskriver således forholdet mellem det enkelte menneske og den sociale verden som dialektisk i tre led – *eksternalisering*, *objektivering* og *internalisering*. Hvor eksternalisering og objektivering er led i en løbende dialektisk proces, er internaliseringen det tredje led i processen, hvorigennem den objektiverede sociale verden i løbet af socialiseringen internaliseres i mennesket (Berger & Luckmann 2000:

79 og 153). Forholdet mellem individ og samfund ses således som en konstant løbende proces, hvor mennesker på én gang skaber og skabes af samfundet.

Det er netop en del af hvad Berger og Luckmann kalder *institutioner*, og hvad Bourdieu kalder for strukturer, der er i fokus i nærværende speciale – nemlig social kapital. Måden social kapital og dens sammenhæng med sundhed undersøgelses i specialet, forekommer ved at koble teori og empiri, og der foretages derfor ikke en distinktion mellem undersøgelsesgenstanden der er rent teoretisk eller rent empirisk funderet (Bourdieu & Wacquant 1996: 41). Det forekommer således betydeligt ikke at undersøge social kapitalers sammenhænge med sundhed udelukkende teoretisk for teoriens skyld, men også at inddrage faktiske empiriske data omhandlende social kapital og sundhed. Forskningen bør således tilstræbe at kombinere teoretiske overvejelser med grundig empirisk arbejde for at producere virkelig viden (Bourdieu & Wacquant 1996: 41 og 159). Specialet bygger således på teoretiske antagelser omhandlende social kapital som begreb samt dens sammenhænge med sundhed. Dette undersøges yderligere empirisk med udgangspunkt i Sundhedsprofilen 2010 for Region Nordjylland med udgangspunkt i Aalborg Kommunes borgere.

Det konstruktivistiske i Bourdieus tænkning fremgår ved, at forskeren bør konstruere egne forskningsobjekter for på den måde at undgå ukritisk at overtage objekter, som er produceret i andre sammenhænge (Börjesson 2009: 106). Ud fra denne optik ses det i specialet nødvendigt at forholde sig refleksivt til det prækonstruerede datasæt fra Region Nordjyllands folkesundhedsundersøgelse gældende for Aalborg Kommunes borgere. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om en række prækonstruerede spørgsmål og dermed forståelseskategorier for, hvilke forhold der anses for relevante i Region Nordjylland for at belyse social kapital. Det er således bl.a. politikere og sundhedskonsulenters forståelse af social kapital, der har dannet grundlag for de specifikke spørgsmål, som til sammen har til hensigt at indikere social kapital. Yderligere har Sundhedsprofilen 2010 også haft et andet formål end nærværende speciale, da det har til hensigt at danne grundlag for folkesundhedsarbejde ved at beskrive de nordjyske borgers sundhedstilstand på regionalt og kommunalt niveau, hvilket naturligvis også har betydning for de forhold, som belyses i Sundhedsprofilen 2010. Dette skal dog ikke forstås som ensbetydende med, at det er irrelevant at undersøge social kapitalers sammenhænge med sundhed med udgangspunkt i Sundhedsprofilen 2010. Social kapital er målt nuanceret i datagrundlaget, hvor det er muligt at udplukke variable, der kan indikere social kapital med et teoretisk afsæt i Bourdieu, Coleman og Putnam. Derudover er det yderst relevant at undersøge mønstre i et datagrundlag, der har til hensigt at denne baggrund for folkesundhedsarbejde, da netop disse data anvendes bredt af kommunen til baggrund for konkret folkesundhedsarbejde.

3.2 Multipel korrespondanceanalyse

Specialets epistemologi er som nævnt i lighed med specialets ontologi inspireret af Bourdieus refleksive sociologi, som dækker over en *åben* og *empirisk* tilgang til undersøgelser (Bourdieu & Wacquant 1996: 208). Dette gælder både ved operationalisering af begreber samt valg af metode. Der bør således i undersøgelser vælges de metoder, der anses for mest egnede til det enkelte studie. I nærværende speciale undersøges, hvilke sammenhænge der er mellem social kapital og sundhed ud fra en eksplorativ tilgang. Dette vurderes først og fremmest at være mest fordelagtigt ved hjælp af en korrespondanceanalyse. Derudover er korrespondanceanalysen netop en metode, der har fokus på de relative forskelle mellem forskellige grupper, hvilket også var centralt i Bourdieus arbejde.

I det følgende redegøres og argumenteres for undersøgelsens brug af multipel korrespondanceanalyse (herefter MCA) til undersøgelse af specialets problemformulering. For en udførlig beskrivelse af metoden samt de forskellige trin heraf se bilag 2 – *Metodisk uddybning*.

MCA er en statistisk analyseform, som kan håndtere mange kategoriske variable på samme tid, som letter fortolkningen af komplekse sammenhænge (Høyen 2010: 13). MCA er således særlig interessante når der forekommer relationer mellem mange samvirkende faktorer, og er derfor også anvendelig i tilfælde, hvor sammenhænge og tilstande ikke er kendte på forhånd (Jæger 2003: 10). På denne måde adskiller MCA sig fra andre statistiske analyser ved at være eksplorativ i sin tilgang. Med en MCA arbejder man snarere induktivt end deduktivt, idet man ikke nødvendigvis arbejder med meget specifikke hypoteser om årsags-sammenhænge (Høyen 2004: 7 og Jæger 2003: 10). Metoden kan således ikke, som eksempelvis ved regressionsanalyser, teste hypoteser om kausale sammenhænge, men gengiver derimod de strukturer og mønstre der findes i det pågældende datamateriale. Der skelnes dog mellem *aktive*- og *passive variable* i en MCA, hvor aktive variable skaber rummet, mens de passive variable kan indsættes som *supplementærpunkter*, der ikke påvirker konstruktionen af rummet. De aktive variable udgør i dette speciale derfor variable der omfatter sociale relationer og netværk, tillid samt sociale aktiviteter, som til sammen udgør social kapital. Efter konstruktion af rummet for social kapital indsættes udvalgte supplementærpunkter, som vedrører sociale baggrundsfaktorer. Det mest ideelle havde yderligere været en undersøgelse af placeringen af borgernes sundhed ved indsættelse som supplementærpunkter, men dette er i speciale undladt af hensyn til specialets omfang. Dette vil jeg vende tilbage til.

Selvom MCA ikke lægger op til kausaltænkning udelukker det dog ikke muligheden for, at teste de særligt interessante variable efterfølgende med traditionel databehandling (Høyen 2004: 7). Dette ligger dog udenfor nærværende speciale. I dette speciale muliggør MCA således en undersøgelse af, hvorledes møn-

stre i social kapital og sociale baggrundsfaktorer grupperer sig sammen eller adskiller sig fra hinanden hos borgere i Aalborg Kommune.

Et kvalitetskriterium i korrespondanceanalysen er, at variablene skal være homogene og udtømmende for det undersøgte fænomen – her social kapital (Le Roux & Rouanet 2010: 11). Prioriteten har i nærværende speciale været at afdække så mange forskellige områder af social kapital ved inddragelse af de aktive variable som muligt frem for i alle tilfælde at give en udtømmende beskrivelse af de enkelte delelementer af social kapital. Eksempelvis inddrages tillid til familie, kolleger, personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde, fremmede og sundhedsvæsenet ved tillidsdimensionen af social kapital. Dette bør der derfor tages forbehold for.

Noget ganske særligt ved korrespondanceanalysen er de pædagogiske kort, der viser relationerne i en grafisk fremstillet figur. I kortene præsenteres to akser på samme tid i et plan, hvilket er til stor hjælp til at skabe overblik over et stort antal variable, og dermed letter fortolkningen af til tider meget komplekse relationer (Jæger 2003: 2). MCA omformer således data til punkter på et grafisk fremstillet kort. Dette gøres ved hjælp af vektorer som spreder individerne langs en række dimensioner, som tilsammen danner en sky af punkter i et mangedimensionelt rum. Afstanden mellem individerne omregnes til vægtede geometriske forskelle, som betegnes X^2 - eller χ^2 -afstande, og den samlede spredning i punktskyen betegnes yderligere som korrespondanceanalysens *inerti* (Høyen 2010: 18-28). Efter konstruktion af punktskyen i et mangedimensionelt rum reduceres de mange dimensioner til et meningsfuldt antal dimensioner, som udtrykkes ved akser i et koordinatsystem. Det er nødvendigt med en reduktion af de mange dimensioner, idet det ikke er muligt at visualisere mere end tre dimensioner på et todimensionalt plan (Høyen 2010: 33). Ved en reduktion af dimensionerne går der information tabt, hvilket naturligt bør begrænses så meget som muligt. Målet er således at finde et delrum med en lav dimensionalitet. Et rum eller sågar en linje, der fanger så tæt på som muligt det flerdimensionelle rum. Dette gøres ved, at opfange så meget af den samlet inert i på så få dimensioner som muligt (Høyen 2010: 34). Dermed konstrueres et rum, hvor individerne der ligner hinanden placerer sig sammen, mens det modsatte gælder for individer der befinder sig langt fra hinanden.

3.2.1 Multipel korrespondanceanalyse vs. traditionel statistik

Var det vurderet mest hensigtsmæssigt, at undersøge specialets problemformulering ved hjælp af traditionel statistik, ville det eksempelvis bestå af at analysere en lang række logistisk regressionsmodeller. De pædagogiske kort, der konstrueres ved hjælp af en korrespondanceanalyse, viser hvor i materialet, de vigtige relationer mellem variablene findes og giver et sammenfattet billede af "totalstrukturen" i datasættet

(Rosenlund 1995: 70). Det reflektive ses således også i metodevalget ved en vis åbenhed i forskningsprocessen. Der arbejdes således ikke med den samme grad af standardisering, som i de formelle statistiske procedurer. I formelle statistiske procedurer såsom regressionsanalyser arbejdes der ud fra hypotesetestning og har til hovedmål at finde sammenhænge – gerne årsagssammenhænge. Hvilke sammenhænge der ses mellem social kapital og sundhed er i første omgang ikke et spørgsmål om årsagssammenhænge, men derimod om der eksisterer relationer mellem to eller flere variable. Ved at benytte korrespondanceanalysen til at bearbejde datamaterialet i stedet for traditionel databehandling, giver det mulighed for at arbejde eksplorativ og frembringe mønstre og strukturer, som ved traditionel databehandling ud fra hypotesetestning kan overses. Ligeledes sætter formelle statistiske procedurer også en begrænsning for, hvor mange variable der kan inddrages i modellen. Problemet for sådanne modeller er at bevæge sig fra vidtspændende spørgsmål til indsnævret spørgsmål med fokus på bestemte relationer (The BMS 1994: 134).

3.3 Klyngeanalyse

Efter analyse af rummet for social kapital samt en undersøgelse af baggrundsfaktorenes placering i rummet ved hjælp af MCA, foretages der på baggrund af denne analyse en klyngeanalyse.

En klyngeanalyse er en metode, der er velegnet til at reducere kompleksitet og finde mønstre i et datamateriale. Klyngeanalysen konstruerer på baggrund af de principalakser der fremkommer ved en MCA en række grupper eller underskyer – som her betegnes som *klynger* – der internt er så homogene som muligt og eksternt så heterogene som muligt med hensyn til de aktive variable. Klyngeanalysen skaber således i spejlet idealtypiske klynger af Aalborg Kommunes borgere, der ligner hinanden mest muligt og adskiller sig mest muligt fra hinanden angående variable fra rummet for social kapital. Efter konstruktion af klyngerne kan klyngerne yderligere beskrives med de samme baggrundsfaktorer som anvendt i korrespondanceanalysen, samt de ikke passive sundhedsvariable, hvormed korrespondanceanalysen og klyngeanalysen supplerer hinanden godt. Specialet har således til hensigt ved hjælp af klyngeanalysen at undersøge hvilke sammenhænge der er mellem social kapital og sundhed ved indsættelse af sundhedsvariable og baggrundsfaktorer som passive variable i klyngeanalysen.

Det fordelagtige ved at kombinere korrespondanceanalysen og klyngeanalysen fremhæves af Ludovic Lebart (1993). Ved brug af en stor mængde data, kan det ved en MCA være svært at skabe overblik, hvor en klyngeanalyse kan komme til hjælp (Lebart 1993: 163). Mens korrespondanceanalysen indfanger de væsentligste underliggende dimensioner bidrager klyngeanalysen i nærværende speciale med forskellige kombinationer af social kapital og deres relationer til sundhed ved at konstruere klynger. På denne måde

afhjælper klyngeanalysen de ofte stadig komplekse resultater en korrespondanceanalyse kan resultere i. Ifølge Ludovic Lebart er klyngeanalysens store fordel, at den kan gennemføres på baggrund af det multidimensionelle rum, og ikke kun på baggrund af et plan der kan være beskrevet af to akser som ved MCA. En klyngeanalyse tager således udgangspunkt i flere dimensioner end en MCA, og muliggør yderligere fortolkning af klyngerne i et plan i en MCA (Lebart 1993: 163).

Der foretages i dette speciale en *hierarkisk klyngeanalyse* ud fra fremgangsmåden *acending*, som i processen består af en række skridt, hvor der for hvert skridt lægges individer eller klynger sammen, som efterstræber at minimere den interne varians i klyngerne (Lebart 1993: 163). Det tilstræbes således med andre ord, at lægge individer eller klynger sammen som ligner hinanden mest. Dette kaldes *wards kriterium* for sammenlægning (Lebart 1993: 165). Ved at efterstræbe en minimeret intern varians i klyngerne, betyder det således også, at det forsøges at maksimere den eksterne varians, og dermed skabe klynger som samtidig afskiller sig mest muligt fra hinanden. For hver sammenlægning af individer eller klynger stiger den interne varians, samtidig med at den eksterne mindsket. Processen kan i princippet fortsætte til at alle klynger er slået sammen til én stor klynge bestående af alle individerne, men har dog i praksis intet formål. For en udførlig beskrivelse af klyngeanalysen se bilag 2 – *Metodisk uddybning*.

Med udgangspunkt i MCA'en og klyngeanalysen kan der som nævnt udelukkende analyseres strukturer og mønstre herimellem, hvormed specialet har et mere deskriptivt og forklarende sigte. En dybere empirisk indsigt ville være muligt med dybdegående kvalitative interviews af borgere med forskelle i social kapital og sundhed. Det ville efterfølgende være muligt at indsætte disse enkeltindivider som repræsentanter for de konstruerede klynger i korrespondance- og klyngeanalysen (Bennett et al. 2009: 71). Dette ligger dog udenfor specialet.

Analysen af hvilken sammenhæng social kapital har med sundhed opdeles således i to led. Mens korrespondanceanalysen skaber rummet for social kapital, konstruerer klyngeanalysen idealtypiske klynger af borgere med forskelle og ligheder i social kapital.

3.4 Problematikker i databehandlingen

Dette afsnit belyser kortfattet problemer i databehandlingen, som kan have betydning for undersøgelsens validitet. Der fokuseres derfor på forhold om vægtning og missing-værdier i det følgende.

Det er i specialet vigtigt at være opmærksom på missing-værdier og deres effekt på datastørrelsen samt muligheden for at tolke og generalisere data fra Sundhedsprofilen 2010. Som tidligere nævnt er der ikke

foretaget vægtning af data i nærværende undersøgelse, hvilket også har den betydning, at procentsatserne ikke er retningsgivende. Dette bør der således tages forbehold for. Vægtning havde været ideelt til korrektion for det naturlige bortfald i undersøgelsen (2442 respondenter). Derimod er der foretaget en korrespondanceanalyse som kontrol med vægtede data, hvor vægtningen ikke synes at have nogen indflydelse på fordelingen langs akserne i rummet for social kapital. På trods af dette er der gennemført sammenligninger mellem nogle sociale karakteristika i respondentgrundlaget (4.358) og de tilsvarende karakteristika i totalpopulationen med udgangspunkt i tal fra Danmarks Statistik. For disse sammenligninger se bilag 3 – *Tillæg til problemer i databehandlingen*. Samlet tyder det på, at relativt flere med en kort, mellemlang og lang videregående uddannelse har deltaget i undersøgelsen, ligesom der er relative færre ugifte end i totalpopulationen. Disse forskelle burde vægtes, og har den betydning, at procentsatserne ikke er retningsgivende. Derimod antages det, at de angivende mønstre i analysen er identiske ved vægtede og ikke-vægtede data. Dette da forskellene mellem sundhedsprofilundersøgelsen og totalpopulationen i de fleste tilfælde tyder på (med undtagelse af gifte, separerede og skilte i sundhedsprofilundersøgelsen), at de ikke markant mindskes ved anvendelse af vægtning, samtidig med at vægtningen yderligere ikke synes at have nogen indflydelse på fordelingen langs akserne i korrespondanceanalysen i rummet for social kapital.

Foruden bortfald forekommer der i nærværende speciale også spørgsmål, hvor et mindre antal respondenter har angivet et ulæseligt svar eller svaret *ved ikke* på ét eller flere af de 14 aktive variable. Dette vedrører et forholdsvist mindre antal respondenter (1885) ud af en population på 6800. For at sikre, at missing-værdierne (inkl. bortfald) ikke skævvrider rummet for social kapital, er der foretaget en rekodning af de aktive variable. Således er der dannet en ny variabel, der viser antallet af missing-værdier for de 14 aktive variable. For ikke at ekskludere alle respondenter fra datagrundlaget, der ikke har svaret, angivet *ved ikke* eller et ulæseligt svar på blot ét spørgsmål i spørgeskemaet medtages respondenter, som har angivet et af udfaldene ved 5 ud af 15 udfald. 1/3 af missing-værdierne medtages således i rummet for social kapital for at medtage så mange respondenter som muligt, men samtidig undgå en skævvridning af rummet.

Som nævnt er *ved ikke*-kategorierne kodet som missing, da disse i relation til nærværende problemformulering ikke er vurderet relevant at belyse, idet disse ikke anses for at bidrage med brugbare oplysninger i nærværende speciale.

3.5 Specialets pålidelighed og gyldighed

Undersøgelsens pålidelighed, og herunder hvorvidt undersøgelsen kan gentages, vurderes ud fra reliabiliteten. Definitionerne samt den følgende operationalisering af begreberne social kapital og sundhed har

bevirket, at det for andre vil være muligt at gentage undersøgelsen med samme forudsætninger. Reliabiliteten i specialet vurderes derfor som høj (De Vaus 2007: 30-31). Tages der således udgangspunkt i samme spørgeskema, population, problemformulering og definitioner antages der ikke at være en ændring i resultater ved en gentagelse af undersøgelsen.

Foruden undersøgelsens pålidelighed er undersøgelsens gyldighed også et vigtigt kriterium for undersøgelsens kvalitet. Undersøgelsens gyldighed måles via validiteten og siger noget om, hvorvidt der måles det, der antages, at måles. Som nævnt tager dette speciale udgangspunkt i Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010, og dermed også i prækonstruerede spørgsmål og forståelseskategorier for, hvad der anses for relevant i Region Nordjylland til at belyse social kapital. Det prækonstruerede spørgeskema fra Region Nordjylland har taget udgangspunkt i formuleringer og svarkategorier fra eksisterende undersøgelser, der antages at indfange det spørgsmålene har til hensigt. Sammenholdt med dette inddrages flere indikatorer på social kapital og forbedre dermed mulighed for at indfange begrebet. Et kvalitetskriterium i korrespondanceanalysen er som nævnt, at variablene skal være homogene og udtømmende for social kapital (Le Roux & Rouanet 2010: 11), hvor det i klassiske kvantitative undersøgelser tilstræbes kausale og entydige sammenhænge mellem variable i undersøgelsen (Bryman 2004: 43). Der er således tale om to fundamentale forskellige tilgange til validiteten. Det har udelukkende været hensigten i specialet, at undersøge mønstre og strukturer mellem social kapital og sundhed. Derfor kan specialet siges, at måle elementer af kvalitativ karakter, hvormed der findes en sammenhæng i undersøgelsens resultater.

Undersøgelsens population har ligeledes betydning for undersøgelsens validitet. Udvælgelsen af populationen er i Sundhedsprofil 2010 udført således, at den er så repræsentativ som mulig for Aalborg Kommunes borgere (Pedersen et al. 2011: 19). Da der som nævnt ikke er foretaget vægtning i undersøgelsen, hvilket havde været at foretrække, er der i stedet foretaget en korrespondanceanalyse med vægtede data som kontrol, hvor vægtningen ikke synes at have nogen indflydelse på fordelingen langs akserne i rummet. Ligeledes er der foretaget sammenligninger mellem nogle social karakteristika som de respondenter, der har deltaget i undersøgelsen (4.358), har angivet og de tilsvarende karakteristika i den totale aalborgensiske befolkning, som er udgivet af Danmarks Statistik, se evt. bilag 3 – *Tillæg til problemer i databehandlingen*. På baggrund af foretagelse af kontrol samt sammenligninger mellem ikke-vægtede samt vægtede data i Sundhedsprofilundersøgelsen og totalpopulationen vurderes det, at forskellene ideelt set burde vægtes, men antages dog ikke at ændrer de angivne mønstre i analysen. På baggrund af dette vurderes undersøgelsen med brug af Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010 for Aalborg Kommunes borgere stadig generaliserbar og repræsentativ for Aalborg Kommunes borgere. Det er således muligt ud fra det eksisterende datagrundlag, at undersøge hvilke sammenhænge social kapital har med sundheden i Aalborg Kommune.

4. Operationalisering

I dette kapitel vil en konkret gennemgang af valg af variable følge. Først operationaliseres variable der danner baggrund for konstruktion af rummet for social kapital, derefter operationaliseres sundhedsvariable samt sociale baggrundsfaktorer, som kan undersøges i rummet for social kapital.

4.1 Operationalisering af social kapital

Med tidligere afsnit 2.4 *Tre vinklinger på social kapital* in mente, som bl.a. omhandlede måleniveauet for social kapital, koncentrerer nærværende afsnit sig om, hvorledes social kapital med udgangspunkt i Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 kan måles empirisk. Efter en stigende interesse for social kapital som begreb, er der ligeledes opstået en stigende diskussion om, hvorledes social kapital kan måles. På trods af nationale og internationale videnskabelige studier af social kapital, forekommer den begrebslige præcision af social kapital uspecifik. Disse måletekniske vanskeligheder har således også den konsekvens, at det besværliggør muligheden for at indfange social kapital på en valid og standardiseret måde. Med forbehold for disse komplekse mål for social kapital vil jeg i det følgende operationalisere specialets brug af social kapital, og herindunder de teoretiske dimensioner af social kapital med udgangspunkt i Bourdieu, Coleman og Putnam. Pågældende afsnit har således til hensigt at koble specialets teoretiske afsæt med specialets empiriske afsæt, og dermed trække forholdsvis abstrakte teorier ned på et empirisk og målbart niveau.

Som tidligere nævnt vil specialets mål af social kapital tage afsæt i det teoretiske grundlag, der fokuserer på tre mål for social kapital – sociale relationer, tillid og sociale aktiviteter – som fokuserer på forskellige dimensioner af social kapital. Disse mål forekommer yderligere også mest anvendt i eksisterende videnskabelige undersøgelser (se bl.a. tidligere nævnte undersøgelser: Veenstra 2000, Baum et al. 2000, Luszuz 2006, Kawachi et al. 2003 og Kawachi et al. 2002b). Eksisterende undersøgelser tager yderligere ofte udgangspunkt i et en- eller todimensionelt mål for social kapital, hvor nærværende undersøgelse ligeledes tager afsæt i to overordnede dimensioner til at indfange social kapital – en *netværksdimension* og en *tillidsdimension*. Det er dog vigtigt at påpege, at det kan være vanskeligt at adskille de to overordnede dimensioner i praksis, idet de kan være relateret til hinanden. Putnam nævner eksempelvis, at en høj grad af social aktiv deltagelse kan øge den enkeltes sociale tillid (Putnam 1993: 168-169). Ifølge Putnam medvirker tillid en lettere tilgang til deltagelse i grupper og organisationer samtidig med, at deltagelse i grupper og organisationer øger den enkeltes tillid. Det kan således være svært at skelne de to dimensioner, hvilket får den betydning, at hvis der måles på sociale relationer eller sociale aktiviteter, kan det implicit være tillid, der måles og omvendt.

Som nævnt måles social kapital i nærværende speciale på individniveau. I den forbindelse bør man være opmærksom på, at det afgrænser os fra at få alle elementer af social kapital med. Som tidligere nævnt forholder Bjørn Holstein sig kritisk til at anvende kvantitative data til at måle social kapital på individniveau, da man dermed ikke vil se bag de konkrete relationer (Widding 2003: 1, 4-5). Eksempelvis vil det ikke være muligt at få en dybere indsigt i, om relationerne er gavnlige eller skadelige for den enkelte, om relationerne altid har en støttende funktion, eller om den støttende funktion f.eks. kun træder i kraft ved nødstilfælde. Dette skal der derfor tages forbehold for i nærværende speciale. Derimod vil det dog være muligt i specialet at se en social fordeling ift. sociale relationer, tillid og sociale aktiviteter. I det følgende vil de to dimensioner af social kapital operationaliseres.

4.1.1 Netværksdimensionen

De sociale relationer i specialet operationaliseres ud fra tre aspekter af sociale relationer. Disse aspekter kan sammenfattes i sociale relationer med et *strukturelt aspekt*, sociale relationer med et *funktionelt aspekt* samt et *aspekt omfattende sociale aktiviteter*, der indbefatter borgernes engagement og deltagelse i lokalområdet samt tilknytning hertil (Lund 2011: 67). Ved det strukturelle aspekt forstås en opgørelse over, hvor mange personer der forekommer i netværket, hvor ofte man ser relationerne osv., som yderligere med udgangspunkt i Putnams teori kan opdeles i formelle relationer (bonding social capital) og uformelle relationer (bridging social capital). Det funktionelle aspekt omfatter kvaliteten af relationerne, såsom hvorvidt den enkelte oplever støtte fra relationerne mv. (Lund 2011: 67-68).

4.1.1.1 Strukturelt aspekt

Til at måle det strukturelle aspekt af borgernes sociale relationer i Aalborg Kommune anvendes spørgsmålet:

Spørgsmål	Svarkategorier
Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med? (Med kontakt menes der at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)	(1) Dagligt eller næsten dagligt (2) 1 eller 2 gange om ugen (3) 1 eller 2 gange om måneden (4) Sjældnere end 1 gang om måneden
- Familie, som du ikke bor sammen med	
- Venner	
- Kolleger eller studiekammerater i fritiden	
- Naboer eller beboere i dit lokalområde	

Hertil bør der tages forbehold for, at det ikke i spørgsmålet er muligt for respondenterne at svare *aldrig* til at være i kontakt med de forskellige specifikke sociale relationer. Spørgsmål antages dog, at kunne bidrage med en viden om hvor ofte borgerne er i kontakt med forskellige former for relationer. Dvs. hvor ofte Aalborg Kommunes borgere indgår i face-to-face interaktioner og medieret interaktioner i form af brev, og elektronisk kommunikation mv. med forskellige former for relationer. I spørgsmålet skelnes der mellem relationernes karakter, som både kan have karakter af stærke og svage bånd. Relationerne kan derfor ud fra Putnams teoretisering både betegnes som bonding social kapital og bridging social capital.

Jeg har i specialet afgrænset mig fra at medtage kontakt til *personer, du mest kender fra nettet (mail chat-forum og lignende)*, da der ved dette delspørgsmål forekommer et stort antal missing-værdier (4568). Årsagen hertil skal formentlig findes hos borgere, som er mindre aktive på sociale medier, og som ikke har haft mulighed for at svare *aldrig* til at være i kontakt med mennesker, som er kendt fra nettet.

Det forestilles at de forskellige former for sociale relationer har stor betydning for, om borgerne får dækket deres behov for social støtte og samvær med andre mennesker. Mens nære sociale relationer såsom familie og venner anses at have en stor betydning for social støtte i form af hjælp til praktiske gøremål ved f.eks. sygdom, anses perifere sociale relationer i form af naboer, bekendte og kollegaer også at have en stor betydning for social støtte, men dog i en mere perifer form end hvad der antages at gælde ved nære sociale relationer. At indgå i sociale relationer er ikke en garanti for, at den enkeltes behov for hjælp, social støtte og social samvær bliver dækket. Dette sættes der derfor fokus på ved det funktionelle aspekt af netværksdimensionen.

4.1.1.2 Funktionelt aspekt

Til at måle det funktionelle aspekt af sociale relationer anvendes tre indikatorer:

Spørgsmål	Svarkategorier
Hvis du bliver syg og har brug for hjælp til praktiske problemer (lave mad, indkøb, rengøring, tage tøj på o.l.) kan du da regne med at få hjælp fra andre?	(1) Ja, helt sikkert (2) Ja, måske (3) Nej (4) Ved ikke
Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?	(1) Ja, ofte (2) Ja, for det meste (3) Ja, nogen gange (4) Nej, aldrig eller næsten aldrig

<i>Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?</i>	(1) Ja, ofte (2) Ja, en gang imellem (3) Ja, men sjældent (4) Nej
--	--

De to øverste spørgsmål måler først og fremmest, om den enkelte borger *forventer* hjælp fra andre ved sygdom, eller om den enkelte *forventer* nogen at tale med ved behov. Det vil med andre ord sige, at spørgsmålene vedrører om borgerne er indlejret i sociale relationer, hvor der eksisterer en fælles norm om gensidighed. Der formodes derfor, at spørgsmålene vil kunne give en indsigt i borgernes social relationers indhold og dermed omfanget af den sociale støtte individerne forventer at få ved behov. Ud fra Bourdieus terminologi kan dette således udtrykkes ved, om individerne kan profitere af deres sociale relationer. Der forekommer stor forskel på, om borgerne har kontakt med forskellige former for relationer, og om de kan drage nytte af relationerne.

Samme to spørgsmål forventes også at kunne måle den nævnte norm for gensidighed i sociale relationer, som Putnam præsenterer i sin teori om social kapital, og som Coleman præsenterer som tjenester og gentjenester under forpligtigelser, forventninger og pålidelighed i sin tredeling af social kapital. Dvs. om borgerne føler sig forpligtede overfor hinanden. Gensidighed er ifølge Putnam den vigtigste norm ved etablering af et netværk, som resulterer i, at individer i et netværk oparbejder tillid til, at der arbejdes ud fra fælles normer mod det samme mål (Putnam 2000: 21). Ifølge Coleman afhænger den form for social kapital, som forpligtigelse, forventninger og pålidelighed afføder, af en troværdighed, og at de forventede tjenester gengældes (Coleman 1990: 306). Det antages derfor i specialet, at borgere der angiver, at de kan forvente hjælp fra andre ved sygdom er indlejret i sociale relationer, hvor der eksisterer en norm om gensidighed. Ligeledes forventes det, at der er tale om nære sociale relationer i form af familie og venner (bonding social capital), der yder støtte til den enkelte ved sygdom eller hjælp til praktiske gøremål. Derimod antages det, at relationerne både kan være nære og perifere ved spørgsmålet om borgeren har nogle at tale med ved behov.

Den sidste indikator der anvendes til at måle det funktionelle aspekt af sociale relationer i specialet bidrager med en viden, om borgerne er uønsket alene og eventuelt, hvor ofte dette forekommer. Det formodes, at borgere der ikke føler sig uønsket alene deltager i et socialt netværk, der tilfredsstiller borgerens behov for socialt samvær.

4.1.1.3 Aspektet omfattende sociale aktiviteter

Ud fra Putnams teori om social kapital anses menneskers deltagelse i sociale aktiviteter for en vigtig indikator ved måling af sociale relationer. Putnam måler social kapital ud fra graden af deltagelse i samfundets politiske, sociale, og kulturelle aktiviteter, hvor social kapital skabes ud fra graden af individets deltagelse i organisationer og grupper (Hegedahl & Rosenmeier 2007: 31). Til at måle omfanget af borgernes deltagelse i sociale aktiviteter anvendes følgende to spørgsmål:

Spørgsmål	Svarkategorier
Deltager du i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lign. aktiviteter? - I den by du bor i - Uden for den by du bor i	(1) Ja, dagligt (2) 1 eller 2 gange om ugen (3) 1 eller 2 gange om måneden (4) Sjældnere (5) Aldrig (6) Ved ikke
Føler du dig knyttet til dit lokalområde?	(1) Ja, stærkt tilknyttet (2) Ja, til en vis grad tilknyttet (3) Nej, ikke specielt tilknyttet (4) Nej, slet ikke tilknyttet (5) Ved ikke

I det første spørgsmål er delspørgsmålene *I den by du bor i* og *Uden for den by du bor i* sammenflettet således, at respondenter der har angivet om de *dagligt* deltager i foreningsliv/frivilligt arbejde mv. i den by og/eller udenfor den by respondenterne bor i, er sammenflettet og rekodet til værdien 5 i en ny variabel med udfald på 1-5. I den nye variabel indikerer 1 respondenter, som ikke deltager i lokalområdet, og 2 til 5 indikerer en stigning i deltagelse i lokalområdet.

Spørgsmålet forventes at kunne bibringe en viden om borgernes deltagelse og engagement i lokalsamfundet. Derudover forventes det også ud fra Colemans tredeling af social kapital, at borgerne ved deltagelse i sociale aktiviteter har adgang og mulighed for at profitere af ressourcer og information i disse netværk.

Sidste spørgsmål forventes at kunne afspejle borgernes subjektive vurdering af tilknytning til lokalområdet. Det antages endvidere, at dette spørgsmål indirekte vil kunne bidrage med en viden om borgernes tilfredshed med lokalområdet, og derfra kan opnå støtte ved behov. Det forventes, at borgere der føler sig stærkt tilknyttet til lokalområdet er en større del af det lokale netværk og kan finde mere støtte ved behov i forhold til borgere, der føler sig mindre tilknyttet lokalområdet.

4.1.2 Tillidsdimensionen

Tillid er en vigtig og ofte anvendt indikator for social kapital, der også står centralt i Coleman og Putnams teoretisering af social kapital. Coleman fremhæver vigtigheden af tillid i kontakterne der binder individerne sammen i et netværk (Coleman 1990: 300 og 303). Ifølge Coleman er social kapital baseret på grundlæggende præmisser for tillid, gensidighed og normer for handlen (Coleman 1990: 300). Essensen er her hos Coleman, at individer med en høj grad af tillid og forpligtigelse i et netværk er i stand til at opnå mere end individer, der ikke er præget af samme grad af tillid og forpligtigelse. Ligeledes påpeger Putnam, at tillid er nøglen til at kunne lette samarbejdet omkring at opnå fælles mål. En gruppe, hvis medlemmer der har tillid til hinanden, vil være i stand til at kunne opnå mere end en tilsvarende gruppe uden samme grad af tillid (Putnam 1993: 167). På denne måde er tillid helt grundlæggende for at kunne indgå i sociale relationer.

I den eksisterende litteratur på området skelnes der oftest mellem *personlig*-, *generel*- og *institutionel tillid*. Mens den personlige tillid henviser til tilliden til den enkeltes familie og nære venner, henviser den generaliserede tillid til tillid til mennesker generelt. Dvs. hvorvidt mennesker stoler på andre mennesker og deres handlinger ud fra de forventede fælles normer. Hertil har jeg yderligere tilføjet *specifik tillid*, som i dette speciale omhandler menneskers tillid til kolleger og personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde. Den institutionaliserede tillid refererer derimod til tilliden der foreligger til samfunds institutioner. Disse forskellige tillidsmål kræver naturligvis forskellige empiriske mål til at indfange social kapital, som vil blive operationaliseret nedenfor.

4.1.2.1 Personlig tillid

Følgende indikator er udvalgt i Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 for Aalborg Kommunes borgere til at måle den personlige tillid i tillidsdimensionen:

Spørgsmål	Svarkategorier
<i>I hvor høj grad stoler du på forskellige personer?</i> <i>- Personer fra din familie</i>	(1) Stoler helt og holdent på dem (2) Stoler en del på dem (3) Stoler ikke ret meget på dem (4) Stoler overhovedet ikke på dem (5) Ved ikke (6) Ønsker ikke at svare

Den personlige tillid har i modsætning til generel- og institutionel tillid ikke været så central i videnskabelige undersøgelser (Svendsen & Svendsen 2006: 16 og 86). På trods af dette er den personlige tillid dog medta-

get i specialets tillidsdimension, da den stadig anses for at have en betydning for tillidsdimensionen af social kapital.

4.1.2.2 Specifik tillid

Med udgangspunkt i Putnam antages den specifikke tillid at have betydning for borgernes indgåelse af sociale relationer. Dette da Putnam fremhæver, at tillid letter deltagelse i sociale relationer samtidig med, at sociale relationer skaber tillid. Den specifikke tillid måles ud fra følgende spørgsmål:

Spørgsmål	Svarkategorier
I hvor høj grad stoler du på forskellige personer?	(1) Stoler helt og holdent på dem
- Personer, du arbejder sammen med	(2) Stoler en del på dem
- Personer fra din bebyggelse/kvarter/lokalområde	(3) Stoler ikke ret meget på dem
	(4) Stoler overhovedet ikke på dem
	(5) Ved ikke
	(6) Ønsker ikke at svare

Dette spørgsmål vil kunne bidrage med en viden om, i specifikt hvilke relationer den enkelte borger har tillid. Jeg har i specialet afgrænset mig fra at medtage tillid til *personer, du møder første gang på nettet*, af samme årsag som jeg valgte at undlade kontakt til *personer, du mest kender fra nettet*. Missing-værdierne er særligt høje i disse to delspørgsmål. Yderligere er *ved ikke*-kategorien bemærkelsesværdig høj ved delspørgsmålet om tillid til personer fra nettet (1579), hvilket kan tyde på, at der kan være tale om borgere, som ikke er aktive på sociale medier, og som derfor ikke kan forholde sig til, om de har tillid til mennesker de møder første gang på nettet.

Derudover har jeg valgt at undlade delspørgsmålene, der indikerer, om borgerne har tillid til *personer, som har en anden religion end dig selv* og *personer, som har en anden nationalitet end dig selv*, da fordelingen i netop disse to spørgsmål forholder sig anderledes end fordelingen i de øvrige delspørgsmål. Det forekommer således uvist, om spørgsmålene måler tilliden til mennesker med en anden religion eller nationalitet end den enkelte borger selv, eller om spørgsmålene i virkeligheden mere måler *holdningen* til mennesker med en anden nationalitet eller religiøs baggrund end den enkelte borger selv.

4.1.2.3 Generel tillid

I Lighed med specifik tillid antages generaliseret tillid med udgangspunkt i Putnam at have betydning for borgernes indgåelse af sociale relationer. Generaliseret tillid måles ud fra følgende spørgsmål:

Spørgsmål	Svarkategorier
<i>I hvor høj grad stoler du på forskellige personer?</i> - <i>Personer, du møder første gang</i>	(1) Stoler helt og holdent på dem (2) Stoler en del på dem (3) Stoler ikke ret meget på dem (4) Stoler overhovedet ikke på dem (5) Ved ikke (6) Ønsker ikke at svare

Dette spørgsmål angiver, om individer har tillid til andre mennesker generelt. I modsætning til de to ovenstående spørgsmål, er der i dette spørgsmål ikke muligt at skelne mellem relationerne, respondenterne har haft i tankerne ved besvarelse af dette spørgsmål. Dette medfører også et validitetsproblem, da spørgsmålet ikke med sikkerhed udelukkende indfanger den generelle tillid. Spørgsmålet antages dog trods forbehold at måle en overordnet tillid.

4.1.2.4 Institutionel tillid

Som nævnt indikerer den institutionelle tillid menneskers tillid til samfundet generelt samt dets institutioner. Til at måle denne form for tillid empirisk anvendes nedenstående spørgsmål:

Spørgsmål	Svarkategorier
<i>Hvor stor tillid har du til følgende institutioner/personer i samfundet?</i> - <i>Sundhedsvæsenet</i>	(1) Meget stor tillid (2) Ganske stor tillid (3) Ikke særlig stor tillid (4) Ingen tillid (5) Ved ikke

Spørgsmålet relateret til sundhedsvæsenet kan bidrage med en viden om, i hvilken grad borgerne har tillid til sundhedsvæsenet. Det antages, at mennesker der har en stor tillid til sundhedsvæsenet også vil have en større tendens til at tage sundhedsråd og påbud til følge fra sundhedsinstitutioner. Idet nærværende speciale finder sig indenfor sundhedsområdet, anses tillid til sundhedsvæsenet for særlig interessant. Ved at anvende tillid til sundhedsvæsenet som mål for den institutionelle tillid afgrænser jeg mig også fra at lave et indeks for institutionel tillid, som kunne omfatte skolen, politiet, de sociale myndigheder, domstolene, folketinget samt massemedier, TV og aviser.

De ovenstående fire forskellige former for tillid i tillidsdimensionen samt de tre forskellige aspekter af netværksdimensionen danner i samspil specialets operationalisering af social kapital.

4.2 Operationalisering af sundhed

Da der i nærværende speciale er taget udgangspunkt i en eksplorativ teknik, er samtlige variable i Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 undersøgt i rummet for social kapital. Dog med undtagelse af variable omhandlende respondenternes arbejde, da disse vurderes mindre relevante for specialets problemformulering. Der er taget udgangspunkt i passive variable, der har været meningsfulde indikatorer på sundhed, og som i MCA'en har en standardafvigelse på 0,5 eller mere for at undersøge, om individerne adskiller sig i forhold til variablen langs en akse. En standardafvigelse over 1 mellem kategorierne betragtes som *store* afvigelser, mens afvigelser mellem 0,5 og 1 betragtes som *moderate*, og afvigelser under 0,5 betragtes som *små*, og er yderligere ikke medtaget i den videre analyse (Le Roux & Rounet 2010: 59). Der er således ved udvælgelse af supplementærpunkter i høj grad gjort brug af "den store fisketur", hvor næsten alt der afviger moderat eller stort i rummet er medtaget i en videre analyse. Dette stille dermed også spørgsmålstegn ved specialets gyldighed. Ved anvendelse af denne meget eksplorative tilgang til udvælgelse af passive variable er det muligt, at nogle af de angivne sammenhænge forekommer tilfældige. Mønstrene i analysen tolkes dog i sammenhæng, hvormed tilgangen kan anvendes.

Efter operationaliseringen af de anvendte supplementærpunkter for sundhed følger et kort afsnit om supplementærpunkterne, der ikke afveg betragteligt i rummet for social kapital. Sundhed er i dette speciale operationaliseret ud fra to overordnede elementer – helbred og livsstil.

4.2.1 Helbred

Helbred omfatter i specialet borgernes generelle helbred samt fysisk- og psykisk helbred. Det er dog vigtigt at påpege, at det kan være vanskeligt at adskille fysisk- og psykisk helbred i praksis, da de kan være relateret til hinanden. Det er således muligt at et psykisk dårligt helbred kan medfører fysiske symptomer samtidig med, at et fysisk dårligt helbred kan medfører social isolation, og dermed også resultere i et psykisk dårligt helbred. Det kan således være svært at skelne de to former for helbred, hvilket får den betydning, at hvis der måles på fysisk helbred, kan det implicit være psykisk helbred, der måles og omvendt.

4.2.1.1 Generelle helbred

Til at måle borgernes generelle helbred anvendes en række indikatorer, som fremgår af nedenstående tabel:

Spørgsmål	Svarkategorier
Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?	(1) Fremragende (2) Vældig godt (3) Godt (4) Mindre godt (5) Dårligt
Føler du dig frisk nok til at kunne gennemføre det, som du har lyst til at gøre?	(1) Ja, for det meste (2) Ja, af og til (3) Nej (næsten aldrig) (4) Ved ikke
Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du: - Følt dig rolig og afslappet? - Været fuld af energi?	(1) Hele tiden (2) Det meste af tiden (3) Noget af tiden (4) Lidt af tiden (5) På intet tidspunkt
Hvordan vurderer du din helbredstilstand? - Sædvanlige aktiviteter (f.eks. arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsinteresser)	(1) Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter (2) Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter (3) Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter
Inden for de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker? (f.eks. besøge venner, familie osv.)	(1) Hele tiden (2) Det meste af tiden (3) Noget af tiden (4) Lidt af tiden (5) På intet tidspunkt
Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting? - Sygdom hos dig selv	(1) Nej (2) Ja, lidt (3) Ja, en del (4) Ja, meget

4.2.1.2 Fysisk Helbred

Til at måle borgernes fysiske helbred anvendes nedenstående indikatorer:

Spørgsmål	Svarkategorier
Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde? (Både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)	(1) Slet ikke (2) Lidt (3) Noget (4) En hel del (5) Virkelig meget
Hvordan vurderer du din helbredstilstand? - Bevægelighed	(1) Jeg har ingen problemer med at gå omkring (2) Jeg har nogle problemer med at gå omkring (3) Jeg er bundet til sengen
- Personlig pleje	(1) Jeg har ingen problemer med min personlig pleje (2) Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på (3) Jeg kan ikke vaske eller klæde mig på
- Smerte/ubehag	(1) Jeg har ingen smerter eller ubehag (2) Jeg har moderate smerter eller ubehag (3) Jeg har ekstreme smerter eller ubehag

Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?	(1) Ja, meget generet (2) Ja, lidt generet (3) Nej
- Smerter eller ubehag i skulder eller nakke - Smerte eller ubehag i ryg eller lænd - Træthed - Hovedpine - Søvnbesvær, søvnproblemer	

4.2.1.3 Psykisk helbred

Følgende spørgsmål inddrages som indikatorer på borgernes psykiske helbred.

Spørgsmål	Svarkategorier
Har du indenfor de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer? - Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville - Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	(1) Hele tiden (2) Det meste af tiden (3) Noget af tiden (4) Lidt af tiden (5) På intet tidspunkt
Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du: - Følt dig trist til mode?	(1) Hele tiden (2) Det meste af tiden (3) Noget af tiden (4) Lidt af tiden (5) På intet tidspunkt
Hvordan vurderer du din helbredstilstand? - Angst/depression	(1) Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret (2) Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret (3) Jeg er ekstrem ængstelig eller deprimeret
Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting? - Din boligsituation - Dit arbejde - Arbejdsløshed eller udsigt til arbejdsløshed - Forhold til partner - Forhold til familie og venner - Brud ift. partner eller familie - Andre belastninger	(1) Nej (2) Ja, lidt (3) Ja, en del (4) Ja, meget
Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den sidste måned? - Hvor ofte er du blevet bragt ud af ligevægt over noget, der sker uventet? - Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv? - Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset? - Hvor ofte har du følt dig sikker på, at du var i stand til at klare dine personlige problemer? - Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved? - Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	(1) Aldrig (2) Næsten aldrig (3) En gang imellem (4) Ofte (5) Meget ofte

- *Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter?*
- *Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?*
- *Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?*
- *Hvor ofte har du følt, at problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?*

Sidste spørgsmål omhandlende *oplevelse af belastende eller stressende situationer indenfor den sidste måned* er i analysen sammenflettet i en skala for stress, da spørgsmålene måler et fælles underliggende fænomen. Skalaen er i specialet i første omgang rekodet, så alle spørgsmål vender i samme retning. Dette er gjort ud fra en vurdering af, hvad der anses for høj stressfaktor og ingen stressfaktor. Ligeledes har en kontrol af om korrelationskoefficienterne har samme fortegn, haft betydning for vurderingen om spørgsmålene vender i samme retning.

Der forekommer naturligvis flere respondenter, der ikke har svaret på ét eller flere af ovenstående spørgsmål i skalaen. Disse er der taget højde for ved brug af gennemsnit. Det har den betydning, at hvis én respondent har undladt at svare på et eller flere spørgsmål i skalaen, men dog har svaret på minimum ét spørgsmål, bliver missing-værdierne udregnet som et gennemsnit for de øvrige spørgsmålsværdier (De Vaus 2002: 194-195). Denne metode er anvendt for at inddrage så mange respondenter som muligt, og bibeholde de angivne svar i populationen. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at jeg på denne måde konstruerer svar for respondenter, som ikke har angivet et svar.

Skalaen valideres ud fra de statistiske resultater, Cronback's Alpha og korrelationer, for at undersøge om det er det samme bagvedliggende fænomen variablene påvirkes af. Skalaen undersøges med Cronback's Alpha koefficienten, som ligger på 0,869, hvilket er et udtryk for høj pålidelighed. Korrelationerne i skalaen er yderligere over 0,3 i styrke, hvortil der er tale om det samme bagvedliggende fænomen, som påvirker samtlige udfald.

Efter sammenfletning af spørgsmålene til en skala, er skalaen yderligere rekodet til 5 udfald, hvor 1 indikerer højt stressniveau mens 5 indikerer ingen stress.

4.2.2 Livsstil

Livsstil måles ud fra KRAM faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Disse vil blive operationaliseret i det følgende til målbare indikatorer for sund og usund livsstil. Hertil tager specialet udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og dermed kategoriseringer af sunde og mindre sunde grupperinger.

4.2.2.1 Kost

Til at måle Aalborg Kommunes borgeres kostindtag anvendes nedenstående variable:

Spørgsmål	Svarkategorier
Kostscore	(1) Usund kostindtag (2) Middelsund kostindtag (3) Sund kostindtag
Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?	(1) Meget sunde (2) Sunde (3) Nogenlunde sunde (4) Usunde (5) Meget usunde
Hvor ofte drikker og spiser du nedenstående? - Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker - Fastfood (pizza, burger, pølser, pommes frites m.m.)	(1) Mere end 1 gang om dagen (2) 5-7 gange om ugen (3) 3-4 gange om ugen (4) 1-2 gange om ugen (5) 1-3 gange om måneden (6) Sjældnere/aldrig

Den afledte variabel *kostscore* giver et samlet mål for sundhedsgraden af borgernes kostindtag. Variablen er kodet på baggrund af officielle kostråd og spørgsmål vedr. kostfaktorerne fedt, frugt, grønt og fisk. Jo højere sundhedsgrad af borgernes kostindtag jo højere point i konstruktionen af den afledte variabel. Her er usund kostindtag defineret som generelt usunde kostvaner, herunder lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af mættet fedt. Middelsund kostindtag defineres som middelhøj indtag af frugt, grønt, fisk samt mættet fedt, mens sund kostindtag vedrører generelt sunde kostvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt og fisk samt lavt indtag af mættet fedt (Pedersen et al. 2011: 99). For en uddybet anvisning af kodningen af kostscoren henvises til bilag 4 – *Kostscore*.

Derudover inddrages borgernes subjektive vurdering af egen kostindtag, samt hvor ofte borgerne indtager fastfood samt sodavand og andre sukkerholdige drikke.

4.2.2.2 Rygning

Til at måle respondenternes forhold til rygning anvendes spørgsmålet:

Spørgsmål	Svarkategorier
Ryger du?	(1) Ja, hver dag (2) Ja, mindst én gang om ugen (3) Ja, sjældnere end hver uge (4) Nej, jeg er holdt op (5) Nej, jeg har aldrig røget

4.2.2.3 Alkohol

Til at måle Aalborg Kommunes borgeres forbrug af alkohol anvendes nedenstående indikatorer:

Spørgsmål	Svarkategorier
Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed?	(1) Næsten dagligt eller dagligt (2) Ugentligt (3) Månedligt (4) Sjældent (5) Aldrig
Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til - At nedsætte dit alkoholforbrug?	(1) Ja (2) Nej (3) Kan ikke huske/Ved ikke

Antallet af episoder med *binge-drinking* inddrages således, dvs. antal perioder hvor borgeren har drukket mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at stoppe før 5 genstade ved samme lejlighed (Sundhedsstyrelsen 2012a).

4.2.2.4 Motion

Til at måle borgernes bevægelse i dagligdagen anvendes nedenstående to indikatorer:

Spørgsmål	Svarkategorier
Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?	(1) Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen (Konkurrenceidræt) (2) Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen (Motionsidræt) (3) Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) (Lettere motion) (4) Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse (fysisk inaktivitet)
Hvordan vurderer du din fysiske form?	(1) Virkelig god (2) God (3) Nogenlunde (4) Mindre god (5) Dårlig

Der er ikke i det prækonstruerede spørgeskema konstrueret spørgsmål med henblik på at kategorisere borgerne ud fra en overholdelse eller overskridning af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen (aktiviteten skal være moderat til høj intensitet og opdeles de 30 minutter, skal aktiviteten vare mindst 10 minutter) samt fysisk aktivitet med høj intensitet mindst to gange om ugen

af mindst 20 minutters varighed (Sundhedsstyrelsen 2012b). Et spørgsmål omfattende dette har således ikke været muligt at medtage i den videre analyse. Derimod er særligt det øverst ovenstående spørgsmål medtaget som et alternativ til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om motion, og det andet som en indikator på borgernes subjektive vurdering af egen fysisk form.

4.3 Operationalisering af baggrundsvARIABLE

Foruden indikatorer på sundhed inddrages yderligere en række baggrundsvARIABLE som supplementær-punkter i rummer for social kapital. BaggrundsvARIABLEne som er medtaget i analysen vedrører respondenternes kulturelle kapital, alder, civilstatus, økonomisk kapital, etnicitet og lokalområder.

Spørgsmål	Gruppering/svarkategorier
På baggrund af CPR nummer er der i datagrundlaget indhentet alder på respondenterne pr. 1. januar 2010. Disse er efterfølgende grupperet til nedenstående:	(1) 16-24 år (2) 25-34 år (3) 35-44 år (4) 45-54 år (5) 55-64 år (6) 65-74 år (7) 75 +
Til at måle borgernes kulturelle kapital anvendes en afledt variabel, som er grupperet på følgende måde:	(1) Under uddannelse (2) Ingen erhvervsuddannelse (3) Faglært, studentereksamen (4) Kort videregående uddannelse (5) Mellemlang videregående uddannelse (6) Lang videregående uddannelse (7) Anden uddannelse
Respondenternes civilstand er grupperet på følgende måde:	(1) Gift (2) Samlevende (3) Enlig (separeret, skilt) (4) Enlig (enkestand) (5) Enlig (ugift)
Borgernes etnicitet undersøges med udgangspunkt i en afledt variabel, som er kodet på baggrund af borgernes CPR-nummer og grupperer borgerne i tre:	(1) Dansk (2) Vestlig (3) Ikke-vestlig
Respondenternes lokalområder , der er udtrykket vha. CPR-numre.	(1) Frejlev (2) Aalborg City (3) Øgadekvarteret (4) Vejgaard (5) Vejgaard Vest (6) Nørresundby (7) Sundby-Hvorup (8) Vadum (9) Vestbjerg (10) Vodskov

	(11) Hals
	(12) Sejlflod
	(13) Nibe
	(14) Svenstrup
	(15) Gistrup
	(16) Klarup
	(17) Hasseris
	(18) Skalborg
	(19) Kærby
	(20) Hobrovej
	(21) Gug
	(22) Aalborg Øst
	(23) AUCkvarteret
	(24) Reberbane/Ryesgade kvarteret
	(25) Søhestekvarteret
	(26) Klostermark/Vesterkæret
Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting?	(1) Nej
- Din økonomi	(2) Ja, lidt
	(3) Ja, en del
	(4) Ja, meget

I relation til borgernes økonomiske kapital er det vigtigt at være opmærksom på, at der spørges ind til borgernes følelse af belastning i forhold til borgernes økonomi og ikke deres reelle indtægt. Dette bør der derfor tages forbehold for. En fordeling af respondenternes reelle indtægt havde været at foretrække, men har desværre ikke været muligt. Dette da der ikke er konstrueret et sådan spørgsmål i sundhedsprofilundersøgelsen. Det forekommer dog, at Region Nordjylland efterfølgende har konstrueret en indkomstvariabel på baggrund af borgernes CPR-nummer, men som ikke har været tilgængelig.

4.4 Øvrige supplementærpunkter

Dette afsnit har til hensigt at fremhæve overordnede supplementærpunkter, som ikke afveg moderat eller stort i rummet for social kapital, eller som angiv en standardafvigelse på 0,5 eller derover, men som ikke har været meningsfulde at medtage i den videre analyse. For en liste over de enkelte frasorterede supplementærpunkter samt deres orientering i rummet for social kapital se bilag 5 – *Frasorterede supplementærpunkter*.

Overordnet vedrører størstedelen af de frasorterede supplementærpunkter borgernes fysiske helbred. Dette tyder på, at fysisk helbred ikke i så høj en grad er relateret til social kapital. 15 forskellige fysiske sygdomme og helbredsproblemer afveg ikke moderat eller stort i rummet for social kapital, mens *knogleskørhed (osteoporose)* afveg moderat (0,50), men er yderligere ikke medtaget i den videre analyse, da det ikke er vurderet meningsfuldt at medtage én enkelt indikator på fysisk sygdom. Derudover er *Har du taget*

håndkøbsmedicin for én eller flere af følgende gener i løbet af de seneste 3 måneder? – Migræne eller hovedpine ikke medtaget i analysen på trods af, at denne også afveg moderat i rummet for social kapital (0,70). Dette da *Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?* – *Hovedpine* er medtaget i den videre analyse, hvor det er vurderet unødvendigt at medtage to indikatorer på hovedpine.

Det forekommer, at næsten alle indikatorer på borgernes psykiske helbred er medtaget i den videre analyse. Dog har jeg valgt at frasortere tre indikatorer, som alle afviger moderat i rummet for social kapital. Dette vedrører *Har du taget håndkøbsmedicin for én eller flere af følgende gener i løbet af de seneste 3 måneder? – Nedtrykthed eller depression* (0,86), da bl.a. indikatoren *Hvordan vurderer du din helbredstilstand? – Angst/depression* er medtaget i analyse. Der optræder således en indikator på depression i analysen. *Forekomst af forbigående psykisk lidelse og vedvarende psykisk lidelse eller mentale forstyrrelser*, som indikerer psykiske sygdomme og helbredsproblemer er i lighed med den tidligere nævnte *knogleskærhed (osteoporose)* frasorteret i den videre analyse. Dette da disse tre adskiller sig fra det overordnede billede blandt de 18 forskellige listede sygdomme og helbredsproblemer. Derimod er en lang række øvrige indikatorer på psykisk helbred medtaget i den videre analyse.

Da det er gældende, at næsten samtlige indikatorer på psykisk helbred afviger stort eller moderat i rummet for social kapital, mens størstedelen af indikatorerne på fysisk helbred kun afviger lidt i rummet, tyder det på at psykisk helbred i højere grad er relateret til social kapital. Man kan derfor sætte spørgsmålstegn ved om selv vurderet helbred, der netop bruges i stort omfang som primær indikator på folks sundhed, er et effektivt mål for borgernes generelle helbred. Eller om selv vurderet helbred i stedet overvejende måler borgernes psykiske helbred.

Derudover er en lang række indikatorer for borgernes specifikke kostvaner frasorteret, da disse er medtaget i den tidligere nævnte variabel *Kostscore*. I relation til alkohol er *Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller bliver "tømmermændene" kvit?* ikke medtaget i analysen, selvom dette spørgsmål afviger moderat i rummet for social kapital (0,88). Spørgsmålet er frasorteret, da dette spørgsmål sammen med seks andre spørgsmål har til formål at klassificere borgere med tegn på alkoholafhængighed - også kaldes CAGE-C (Pedersen et al. 2010: 90). Årsagen til at netop dette spørgsmål afviger moderat i rummet for social kapital i modsætning til de resterende seks spørgsmål, der har til formål at indikere alkoholafhængighed, forestilles at findes i, at nærværende spørgsmål berører den såkaldte "reparations bajer" dagen derpå for at blive tømmermændene kvit. Da danske unge tidligt begynder at drikke alkohol og har et højt alkoholforbrug sammenlignet med andre europæiske lande forestilles det i særlige festlige perioder – f.eks. ved sommerens festivaler, karne-

val mv. - at særligt unge tager en genstand, som noget af det første om morgenen for at blive "tømmer-mændene" kvit. Dette henføres ikke direkte til alkoholafhængighed, og er derfor ikke medtaget i den videre analyse.

I de følgende afsnit forekommer analysen. Analysen er inddelt i to led – første del tager udgangspunkt i MCA'en og anden del i klyngeanalysen.

5. Korrespondanceanalyse – Rummet for social kapital

I det følgende vil jeg præsentere korrespondanceanalysen med udarbejdelse af rummet for social kapital. Løbende redegøres kortfattet for fortolkningsprincipperne i MCA, hvor mere tekniske og præcise fortolkningsprincipper fremgår af bilag 2 – *Metodisk uddybning*. Udregningerne for nærværende analyse fremgår yderligere af bilag 6 – *Rummet for social kapital*. Det centrale i analysen er med en eksplorativ tilgang at undersøge, om sundhed er relateret til ulighedsstrukturer som social kapital. Der fokuseres således på at belyse sociale forskelle i borgernes sundhed og helbredstilstand i et rum for social kapital, hvor Aalborg Kommunes borgere indtager en relationel position.

Som nævnt i operationaliseringen inddrages der variable omhandlende netværksdimensionen og tillidsdimensionen af social kapital. Der er i specialet tilstræbt ikke at have modaliteter med under 5 pct. af det samlede antal respondenter. Modaliteter under 5 pct. er derfor sammenlagt med den nærmeste kategori for at sikre, at der er tilstrækkelig mange respondenter i hver kategori (Skjøtt-Larsen 2008: 65-66). Efter dette er taget til følge forekommer 14 aktive variable fordelt på 46 modaliteter i rummet for social kapital. Nedenfor ses en kortfattet variabeloversigt for de aktive variabel. For en mere uddybende oversigt inklusiv frekvensfordeling se bilag 6 – *Rummet for social kapital*.

Tabel 5.1 - Variabeloversigt for aktive variable efter rekodning

Netværksdimensionen		Antal modaliteter	Tillidsdimensionen		Antal modaliteter
Strukturelt aspekt	Kontakt med familie	4	Personlig tillid	Tillid til familie	2
	Kontakt med venner	4		Specifik tillid	Tillid til kolleger
	Kontakt med kolleger/studiekammerater	4	Tillid til lok. samf.		3
			Generel tillid	Tillid til fremmede	3
	Kontakt med lok. samfund	4	Institutionel tillid	Tillid til sundhedsvæsenet	3
Funktionelt aspekt	Hjælp til praktiske gøremål	2	Total		14
	Nogen at tale med ved problemer	3			
	Uønsket alene	4			
Aspekt omfattende sociale aktiviteter	Deltagelse i lok. samf.	4			
	Knyttet til lok. samf.	3			
Total		32			

Udvælgelsen af variable har været styret af den teoretiske baggrund samt de tilgængelige variable til belysning af de enkelte elementer af social kapital. Det er i specialet forsøgt tilstræbt et ligeligt antal variable og kategorier under henholdsvis netværks- og tillidsdimensionen, men har desværre ikke vist sig gunstigt i forhold til fortolkningen af rummet for social kapital. Udvælgelsen af variable er derfor sket gennem en modellering, hvor både forskellige tematiske elementer af social kapital og forskellige enkeltspørgsmål er taget ud og ind af analysen, som har haft til mål, at finde en så stabil model som mulig (Prieur & Rosenlund 2010: 53-54).

Foruden ovenstående variable var yderligere 5 variable tiltænkt tillidsdimensionen og 1 variabel netværksdimensionen på baggrund af det teoretiske udgangspunkt. Ved tillidsdimensionen vedrørte dette tillid til personer den enkelte møder første gang på nettet, tillid til personer med en anden religion end den enkelte selv, tillid til personer med en anden nationalitet end den enkelte selv (specifik tillid) samt udsagnene *Man kan stole på de fleste mennesker* og *Man kan ikke være forsigtig nok, når man har med andre mennesker at gøre* (generel tillid). Ved netværksdimensionen vedrørte det en indikator på det strukturelle aspekt ved kontakt med personer fra nettet (mail, chatforum og lignende).

Ved indsættelse af disse 6 øvrige variable som aktive variable sammenholdt med de eksisterende 14, forekom akserne i rummet for social kapital ikke meningsfuldt. Variablene *Tillid til personer med en anden religion* og *Tillid til personer med en anden nationalitet* tegnede fortrinsvis 2. akse med henholdsvis 18,7 samt 20,1 pct., og adskilte sig således fra de øvrige tillidsspørgsmål. Årsagen hertil skal formentlig findes i respondenternes forståelse af spørgsmålene, da disse spørgsmål er listet blandt 5 øvrige variable, hvor der skelnes mellem relationer, der kan karakteriseres som både stærke og svage bånd. Det forekommer således uvist om spørgsmålene er besvaret ud fra oplevelser eller kontakt med nære eller perifere relationer med et individ med en anden nationalitet eller religiøs baggrund end respondenterne selv, eller om der er taget udgangspunkt i en generel holdning. Derudover forekommer det som nævnt tvivlsomt, hvorvidt indikatorerne måler tillid, eller om spørgsmålene i virkeligheden måler *holdningen* til mennesker med en anden nationalitet eller religiøs baggrund end den enkelte selv. I en korrespondanceanalyse er det ikke kun tilstrækkeligt, at medtage en variabel pga. dens relevans. Dens relation til andre variabler skal også vurderes (Prieur & Rosenlund 2009: 134). Det vurderes derfor nødvendigt, at undlade disse variable i rummet for social kapital.

Derudover var indikatorerne *Man kan stole på de fleste mennesker*, *Man kan ikke være forsigtig nok* og *I hvor høj grad stoler du på personer du møder første gang* stærkt korreleret med hinanden samt styrende for akserne ved inddragelse af alle tre i rummet for social kapital. Samtidig kom den generelle tillid til at veje uforholdsmæssigt tungt i analysen, hvis alle tre variable var med. Jeg vurderede det derfor nødvendigt,

at frasortere 2 indikatorer på generel tillid. Idet sidstnævnte indikator på generel tillid er listet med de øvrige specifikke former for tillid, anses denne indikator nærliggende at medtage i rummet for social kapital.

Desuden frasorterede jeg både *Kontakt til personer, du mest kender fra nettet* og *Tillid til personer du møder første gang på nettet*, da der som nævnt ved disse spørgsmål forekom et bemærkelsesværdigt stort antal missing-værdier (4568 og 4792).

En frasortering af disse ovenstående 6 variable har derfor fået den betydning, at det strukturelle aspekt dominerer en anelse mere end det funktionelle aspekt og aspektet omhandlende social aktiviteter i netværksdimensionen, mens den specifikke tillid forekommer dominerende i forhold til den generelle, personlige og institutionelle tillid i tillidsdimensionen. Jeg har således ladet det teoretiske sigte veje mere end de metodiske anbefalinger i dette tilfælde. Samlet betyder det, at netværksdimensionen med 32 modaliteter er dominerende i rummet for social kapital, hvor tillidsdimensionen kun udgør 14 modaliteter i rummet. Det har yderligere den betydning, at det ikke er muligt, at tillægge dimensionernes rækkefølge betydning langs akserne. Dette er vigtigt at holde for øje i analysen, da fordelingen af variable og kategorier mellem de forskellige elementer af social kapital også har indflydelse på bidrag langs akserne.

Jeg har således fulgt en *iterativ* fremgangsmåde, hvor jeg har arbejdet frem og tilbage med datagrundlaget, udelukket variable, som ikke bidrag til billedet eller som ikke fortolkningsmæssigt gav mening i rummet, gennemført analyser med forskellige aktive variable samt kodninger heraf mv., indtil jeg opnåede et tilfredsstillende resultat (Prieur & Rosenlund 2009: 134 og Høyen 2010: 14).

5.1 Udvælgelse af akser i rummet for social kapital

Hvor mange principalakser der skal medtages i tolkningen af rummet for social kapital vurderes ud fra de enkelte principalakseres egenverdi, som afspejler hvor stor en del af punktskyens samlede inerti principalakserne indfanger.

Den 1. principalakse har den største egenverdi og opfanger således de mest fremtrædende modsætninger i datamaterialet og angiver derfor den største andel af information om social kapital. 2. akse den næst største egenverdi osv. (Le Roux & Rouanet 2010: 39). Målet er at opfange så meget af den samlede varians på så få dimensioner som muligt for derved at muliggøre en meningsfuld fortolkning af rummet for social kapital. Her er det dog endnu engang vigtigt at være opmærksom på det ulige bidrag fra netværks- og tillidsdimensionen i rummet.

Hvor mange akser, der bør medtages i den videre analyse, er baseret på et fald i egenværdier, den kumulerede modificerede rate og ikke mindst så mange akser, som det fortolkningsmæssigt er meningsfuldt at medtage (Skjøtt-Larsen 2008: 63 og Le Roux & Rouanet 2010: 51-52). Ved undersøgelse af histogrammet for egenværdierne ses et naturligt stort "knæk" efter akse 1, et mindre efter akse 2 og igen efter akse 4, hvilket illustrerer et fald i egenværdier efter disse akser. Efter en undersøgelse af akserne optræder *Guttman-effekten* tydeligt i et kort over 1. og 3. aksen. Den såkaldte Guttman-effekt opstår, hvis akserne er relateret til hinanden på en ikke-lineær måde (Høyen 2010: 61). Sammenholdt med dette lyder en tommelfingerregel i MCA'en, at akser bør medtages indtil 80 pct. af skyens samlede varians er beskrevet (Le Roux & Rouanet 2010: 51-52). I denne analyse opsummeres 67,9 pct. af den modificerede varians af den overordnede sky langs 1. aksen, 15,5 pct. langs 2. aksen, 8,8 pct. langs 3. aksen og 4. aksen opsummerer 4,6 pct. De første to akser bør således medtages i den videre analyse for dermed at medtage alle akser indtil 80 pct. af den samlede varians er forklaret (Le Roux & Rouanet 2010: 51-52). 3. og 4. aksen opsummerer markant mindre af variansen af den overordnede sky og vurderes ikke meningsfuld at medtage i den videre analyse. Dermed er 83,5 pct. af variansen forklaret i nærværende analyse.

5.2 Fortolkning af akserne i rummet for social kapital

I tolkningen af de 2 akser foretages en samlet analyse ud fra tabeloutput og korrespondanceanalysekort. Til tolkningen af de enkelte principalakser konstrueres en tabel over bidragsværdierne fra variable og modaliteter til den samlede variation langs de enkelte akser. Bidragsværdien udtrykker, hvor meget den enkelte modalitet bidrager til at forklare en akse egenværdi eller samlede varians (Høyen 2010: 35). Dvs. at en modalitets bidragsværdi fortæller, hvor vigtigt punktet er for den pågældende akse, og hvor stort et bidrag punktet yder til aksen. Bidrager den enkelte modalitet mere til den enkelte akse egenværdi end gennemsnittet, er modaliteten forklarende, og dermed er der tale om en modalitet der har stor betydning for tolkningen af aksen. Der fokuseres derfor på modaliteter i analysen der bidrager over gennemsnittet, som i nærværende analyse er 2,2 pct.²

Derudover konstrueres der tabeller for bidragsværdierne til de to akser, hvor de absolutte bidrag fra hver enkelt variabel fremgår, som udtrykker hvor meget den enkelte variabel bidrager til den pågældende akse orientering. Yderligere fremgår modaliteternes orientering i rummet for social kapital, dvs. om de bidrager til aksens venstre eller højre side. Sidst angives modaliteternes bidrag i forhold til, hvor stor en andel den enkelte modalitet forklarer spredningen langs den pågældende akse.

² $100/\text{antal aktive modaliteter} = 100/46 = 2,2$

I fortolkningen af akserne vil der kun blive inddraget modaliteter der bidrager over gennemsnittet til variansen. For at fremhæve forskelle og ligheder mellem modaliteterne inddrages alle modaliteter dog i kategoriskyen. Modaliteter der bidrager over gennemsnittet til den enkelte akse variation angives med □, mens modaliteter der bidrager under gennemsnittet indikeres med o. For de variable, hvor der kun er kategorier der bidrager over gennemsnittet til den ene side, er kategorien med det højeste bidrag under gennemsnittet og med modsatte orientering indsat i tabeloutputtet. Disse modaliteter angives med dobbelt parentes om bidraget samt indikeres med **rød**. De enkelte modaliteters størrelser i kategoriskyen indikerer modaliteternes vægt, og dermed antallet af individer der placerer sig i den pågældende modalitet. Det er dog væsentligt at bemærke, at modaliteternes placering i rummet angiver gennemsnitspunkter for de individer, som har valgt en given kategori (Skjøtt-Larsen 2008: 70). Det er derfor vigtigt, at modaliteternes placering tolkes i forhold til hinanden. Ligeledes vil modaliteter fra forskellige variable, som er placeret i nærheden af hinanden, ofte forekomme i kombination med de omkringliggende modaliteter mens modaliteter placeret lang fra hinanden sjældent optræder sammen.

5.2.1 Akse 1: Mængden af social kapital

Tabellen nedenfor angiver de variable og modaliteter, der bidrager over gennemsnittet til variansen langs 1. akse.

Tabel 5.2.1.1 - Oversigt over de kategorier der overstiger tærskelværdien på 1. aksen

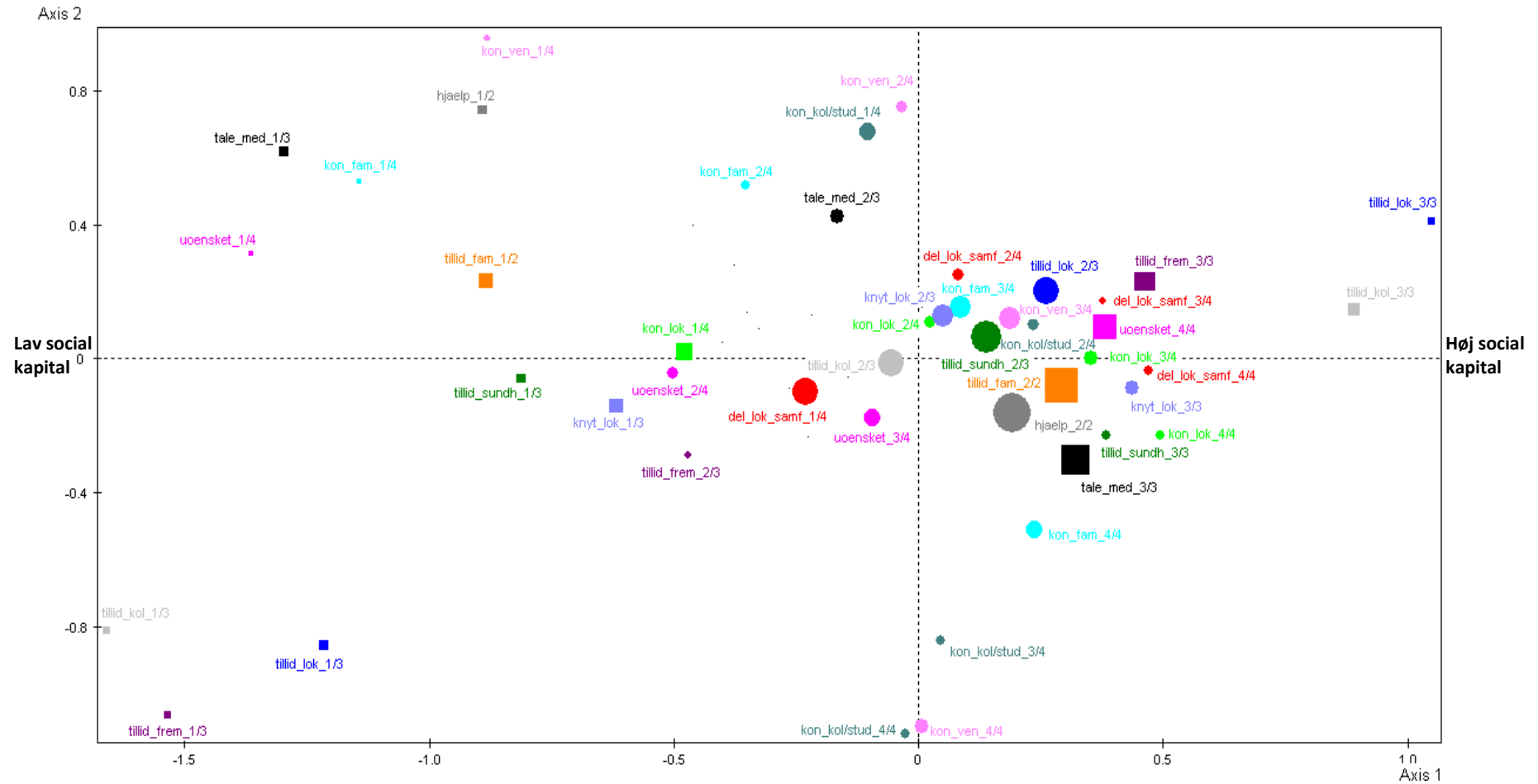
Variable	Bidrag fra variable (ctr.) %	Modaliteters bidrag (ctr.) % og orientering	
		Negativ	Positiv
Specifik tillid	26,88		
Tillid_lok	13,98	1/3 (8,49)	3/3 (4,09)
Tillid_kolleger	12,90	1/3 (7,34)	3/3 (5,49)
Funktionelt aspekt	24,47		
Nogen_at_tale_med	10,46	1/3 (7,75)	3/3 (2,42)
Uønsket alene	7,91	1/4 (3,43)	4/4 (2,65)
Regne_med_hjælp	6,10	1/2 (4,95)	2/2 ((1,15))
Generel tillid	11,66		
Tillid_fremmede	11,66	1/3 (5,74)	3/3 (3,80)
Strukturelt aspekt	9,84		
Kontakt_lok	5,47	1/4 (2,77)	4/4 ((1,35))
Kontakt_familie	4,37	1/4 (2,76)	4/4 ((0,75))
Personlig tillid	9,70		
Tillid_familie	9,70	1/2 (7,24)	2/2 (2,46)
Sociale aktiviteter	5,70		
Knyttet_til_lok	5,70	1/3 (3,53)	3/3 ((2,13))
Institutionel tillid	5,49		
Tillid_sundhedsvæsenet	5,49	1/3 (4,26)	3/3 ((0,74))
		58,26	27,03
			85,29

Opsummeres ovenstående variables bidrag til 1. aksen fremgår det, at alle delelementer af social kapital, der er anvendt i dette speciale, bidrager til 1. aksen. Specifik tillid bidrager med 26,88 pct. langs 1. aksen, mens generel tillid bidrager med 11,66 pct., personlig tillid med 9,70 pct. og institutionel tillid med 5,79 pct. I netværksdimensionen forekommer det funktionelle aspekt mest dominerende med 24,47 pct. efterfulgt af det strukturelle aspekt med 9,84 pct. og sociale aktiviteter med 5,70 pct. Det er således borgernes tillid til kolleger og personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde (specifikke tillid), samt hvorvidt borgerne er uønsket alene, har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte og hjælp til praktiske gøremål ved eks. sygdom (funktionelle aspekt), som er dominerende langs 1. aksen. Det vil således sige, at selvom det strukturelle aspekt i netværksdimensionen forekommer dominerende ved det samlede antal inddragede variable i rummet for social kapital, indtager dette aspekt ikke en altoverskyggende rolle langs 1. aksen. Sammenlagt udgør tillidsdimensionen 53,73 pct. af variansen langs 1. aksen mens netværksdimensionen udgør 46,29 pct., hvormed begge dimensioner derfor bidrager stærkt til variansen³.

³ For uddybning af variansfordelingen langs akserne se bilag 6 – *Rummet for social kapital*.

Det fremgår yderligere af ovenstående tabel 5.2.1.1, at 11 variable bidrager over gennemsnittet til variationen langs 1. akse, samt at 1. aksens negative side måler borgere med lav tillid og få relationer, mens 1. aksens positive side måler borgere med høj tillid og mange relationer. Dette fremgår endvidere også af nedenstående kategorisk.

Kort 5.2.1.1 – Kategorisk for 1. akse



I kategoriskyens venstre side placerer borgere sig, som *stoler en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på familien, *stoler ikke ret meget/overhovedet ikke* på kolleger og naboer eller andre i lokalområdet, *stoler overhovedet ikke* på fremmede og som har *ikke særlig stor/ingen* institutionel tillid. Dvs. kategorier for lav tillid. I forhold til netværksdimensionen er det i denne ende af akse at borgere, som *aldrig/sjældent* har nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte samt *ofte* er uønsket alene og *ikke/måske* kan regne med hjælp fra andre til praktiske gøremål ved sygdom, placerer sig. I relation til det strukturelle aspekt placerer borgere, som *sjældnere end 1 gang om måneden* er i kontakt med familien, kolleger eller studie-kammerater i fritiden, sig i samme område. Ligeledes placerer borgere som *slet ikke/ikke specifik* føler sig tilknyttet til lokalområdet sig i den negative ende af 1. akse.

I kategoriskyens højre side er *stoler helt og holdent på* familien, kolleger, naboer eller andre i lokalområdet lokaliseret samt *stoler helt og holdent/en del* på fremmede. Samtidig placerer borgere, som *ofte* har nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte og som *ikke* er uønsket alene, sig i samme område.

Opsummeret fremgår det således, at 1. akse i rummet for social kapital omhandler mængden af social kapital, hvor mængden af social kapital stiger, når man bevæger sig fra venstre mod højre langs den horizontale akse.

5.2.2 Akse 2: Sammensætningen af social kapital

I nedenstående tabel fremgår de variable og modaliteter, som bidrager over gennemsnittet til variansen langs 2. akse.

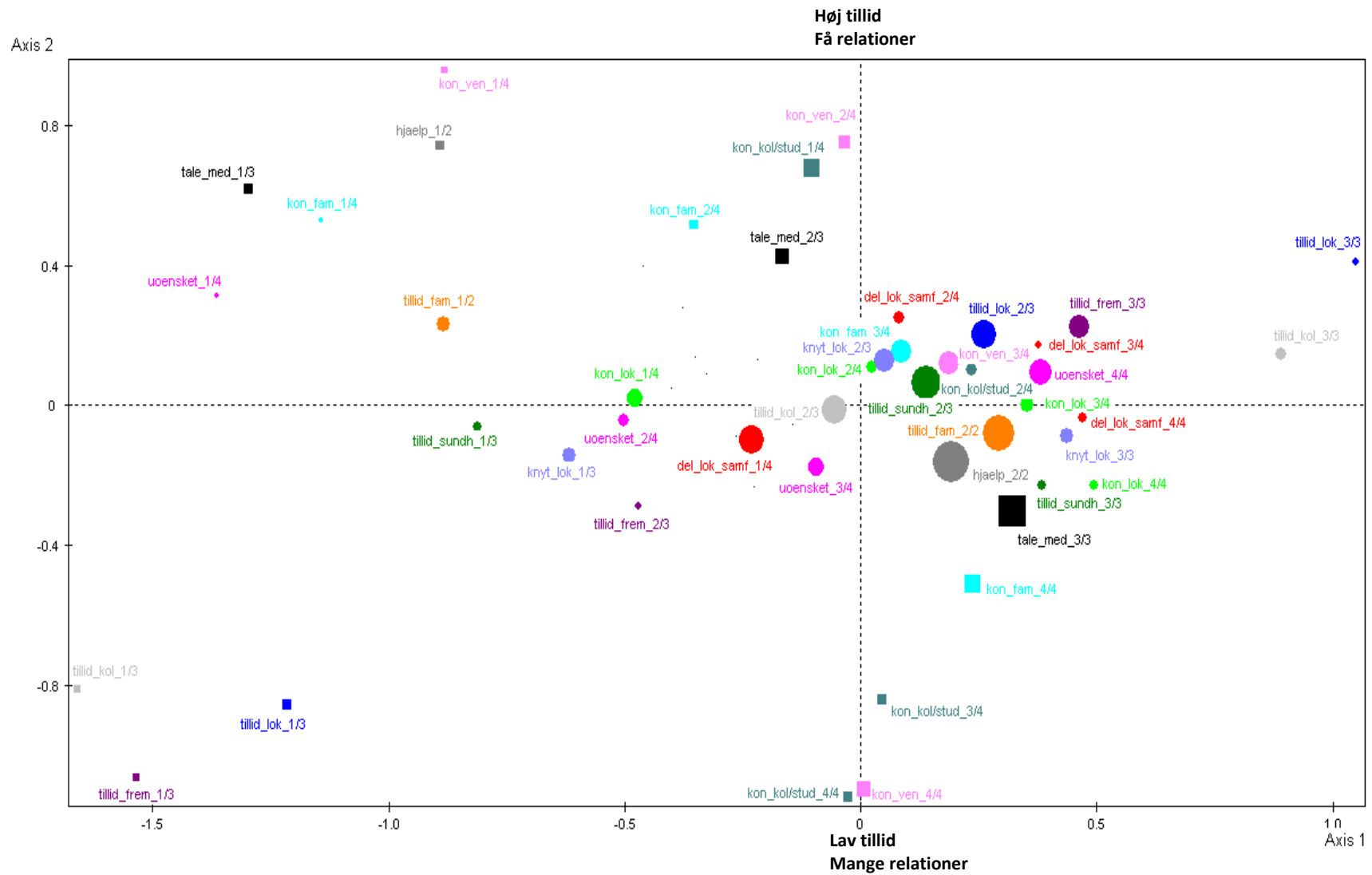
Tabel 5.2.2.1 – Oversigt over de kategorier der overstiger tærskelværdien på 2. aksen

Variable	Bidrag fra variable (ctr.) %	Modaliteters bidrag (ctr.) % og orientering	
		Negativ	Positiv
Strukturelt aspekt	62,48		
Kontakt_ven	29,26	4/4 (18,06)	2/4 (7,19)
Kontakt_kol_el_stud	24,41	4/4 (9,74)	1/4 (8,42)
Kontakt_familie	8,81	4/4 (5,07)	2/4 (2,31)
Funktionelt aspekt	14,75		
Nogen_at_tale_med	8,47	3/3 (3,19)	2/3 (2,70)
Renge_med_hjælp	6,28	2/2 ((1,19))	1/2 (5,09)
Specifik tillid	11,13		
Tillid_lok	8,34	1/3 (6,20)	2/3 ((1,23))
Tillid_kolleger	2,79	1/3 (2,57)	3/3 ((0,21))
Generel tillid	6,51		
Tillid_fremmede	6,51	1/3 (4,05)	3/3 ((1,30))
		50,07	28,45
			78,52

Det fremgår af ovenstående variables bidrag til variansen langs 2. aksen, at det strukturelle aspekt bidrager med 62,48 pct., mens det funktionelle aspekt bidrager med 14,75 pct., specifik tillid med 11,13 pct. og generel tillid med 6,51 pct. Det strukturelle aspekt forekommer således dominerende langs 2. aksen. Årsagen hertil kan eventuelt findes i det ulige antal variable og modaliteter, der inddrages i rummet for social kapital, hvor det strukturelle aspekt forekom dominerende. Sammenlagt udgør netværksdimensionen hele 80,79 pct. af variansen langs 2. aksen, og bidrager derfor stærkt til variansen langs 2. aksens, mens tillidsdimensionen kun udgør 19,21 pct. af variansen.

Yderligere fremgår det at ovenstående tabel 5.2.2.1, at 2. aksens negative side indikerer borgere med mange relationer men lav tillid, mens 2. aksens positive side indikerer borgere med få relationer men høj tillid. Dette fremgår yderligere også af nedenstående kategorisk.

Kort 5.2.2.1 – Kategorisk for 2. aksten



Nederst i kategoriskyen er kategorier for *daglig* kontakt placeret målt på kontakt til venner, familie og kolleger eller studiekammerater i fritiden. I samme område optræder også en indikator for højt funktionelt aspekt, nemlig har *ofte* nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte. I denne ende af akse placerer *stoler ikke ret meget/overhovedet ikke* på kolleger og naboer eller andre i lokalområdet samt *stoler overhovedet ikke på* fremmede ligeledes.

I kategoriskyens øvre del ses derimod kun elementer fra netværksdimensionen der bidrager over gennemsnittet. I dette område ligger kategorier for kontakt med kolleger eller studiekammerater *sjældnere end 1 gang om måneden* samt *1 til 2 gang om måneden* ved venner og familie. I samme ende af 2. akse findes kategorier for det funktionelle aspekt målt på kan *ikke/måske* regne med hjælp fra andre til praktiske gøremål ved sygdom samt har *for det meste* nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte.

Det er således muligt at opsummere, at 2. akse i rummet for social kapital omhandler sammensætningen af social kapital, som forekommer ved modsatrettede kombinationer, hvor graden af det strukturelle og funktionelle aspekt af netværksdimensionen mindskes, når man bevæger sig fra bund til top langs den vertikale akse samtidig med, at graden af specifik og generaliseret tillid øges.

5.3 Supplementærpunkter

Som nævnt er der i specialet taget udgangspunkt i en eksplorativ teknik, hvor samtlige variable i sundhedsprofilundersøgelsen er undersøgt i rummet for social kapital. Da der efter en vurdering af de enkelte passive variable er valgt at medtage hele 43 passive variable i den videre analyse, er det af hensyn til specialets omfang ikke muligt at indsætte alle passive variable i MCA'en og klyngeanalysen. Det er derfor i specialet prioriteret, at indsætte baggrundsfaktorer i MCA'en, da dette vil bidrage med en væsentlig viden om akserne relation til disse. Derimod er det prioriteret at indsætte sundhedsindikatorerne samt baggrundsfaktorerne som passive variable i klyngeanalysen, hvor sundhedsindikatorerne og baggrundsfaktorerne udgør karakteristika for de idealtypiske grupperinger af aalborgensere. På baggrund af klyngerne vil det være muligt at undersøge specifikke sammenhænge mellem social kapital og sundhed, hvor det ved en efterfølgende indsættelse af klyngerne i rummet for social kapital vil være muligt at illustrere klyngernes placering i rummet for social kapital i forhold til hinanden.

Ved at indsætte de sociale baggrundsfaktorer i rummet for social kapital kan de således undersøges i rummet for social kapital uden at bidrage til variansen langs akserne i rummet. På denne måde opfattes supplementærpunkter også som kategorier uden masse (Jæger 2003: 9). I praksis lander punkterne midt imel-

lem de individer, som har angivet de pågældende svar eller egenskaber, der indsættes som passive variable. Ved indsættelse af baggrundsfaktorer som supplementærpunkter i MCA'en er det således muligt at aflæse, hvilken profil individer, der f.eks. er under uddannelse, har i forhold til rummets grunddimensioner (Prieur & Rosenlund 2009: 143).

Som nævnt i kapital 4 - *Operationaliseringen* er det standardafvigelsen mellem kategorierne fra de supplementære variable, der afgør, hvorvidt individerne adskiller sig i forhold til variabelen langs en akse. Idet jeg i min udvælgelse af passive variable udelukkende har medtaget passive variable med en standardafvigelse på minimum 0,5 vil alle de passive variable bidrage moderat eller stort i rummet for social kapital. Hertil bør det bemærkes, at denne fremgangsmåde udelukkende ser på afvigelser mellem gennemsnitspunkter. Dermed er det ikke muligt at vurdere de enkelte punkters spredning, ligesom punkter med lille vægt/få respondenter vil fremgå stærkere (Skjøtt-Larsen 2008: 114).

I nedenstående 2 kort (kort 5.3.1 og 5.3.2) er de 6 baggrundsfaktorer indsat som supplementærpunkter i rummet for social kapital. Her ses det, at modaliteter for alle 6 baggrundsfaktorer spreder sig langs 1. akse og dermed akse som måler mængden af social kapital.

Ved polen for lav grad af social kapital placerer borgere sig som har en *lav økonomisk kapital*, en *ikke-vestlig* eller *vestlig baggrund*, bosiddende i *Aalborg Øst, enlige (ugifte), 16-34årige* og som er *under uddannelse*. Modsat placerer borgere sig ved polen for høj social kapital, som har en *høj økonomisk kapital*, en *dansk baggrund*, *høj kulturel kapital*, *55 år eller derover*, *gift* og fortrinsvis bosiddende i *Hasseris, Frejlev, Nibe, Gistrup, Gug, Kærby* eller *Klarup*. Variabelen for økonomisk kapital er den eneste baggrundsfaktor, hvor spredningen af modaliteterne er stor langs 1. akse (1,11). Derudover er etnisk baggrund (tilnærmelsesvis) stærkt differentieret langs 1. akse (0,92), mens de øvrige baggrundsfaktorer spreder sig moderat langs 1. akse (kulturel kapital: 0,55, civilstatus: 0,69, alder: 0,58 og lokalområder: 0,74).

I henhold til 2. akse fremgår det, at borgernes kulturelle kapital, civilstatus, alder og lokalområde spreder sig langs akse for sammensætningen af social kapital. Ved polen for høj tillid men få relationer placerer borger sig med en *høj kulturel kapital*, *gift*, *45 år eller derover* og som fortrinsvis er bosiddende i *Klarup, Gistrup* eller *Vodskov* mens borgere som er *under uddannelse*, *16-34årige*, *enlige (ugifte)* eller *samlevende* og som fortrinsvis er bosiddende i *Aalborg City, Reberbansgade/Ryesgade Kvarteret* eller *Øgadekvarteret* placerer sig ved polen for lav tillid men mange relationer. I og med at spredningen af modaliteterne for økonomisk kapital og etnisk baggrund er svag langs 2. akse, er 2. akse umiddelbart ikke relateret til hverken økonomisk kapital eller etnisk baggrund i rummet for social kapital. Derimod differentierer alder og

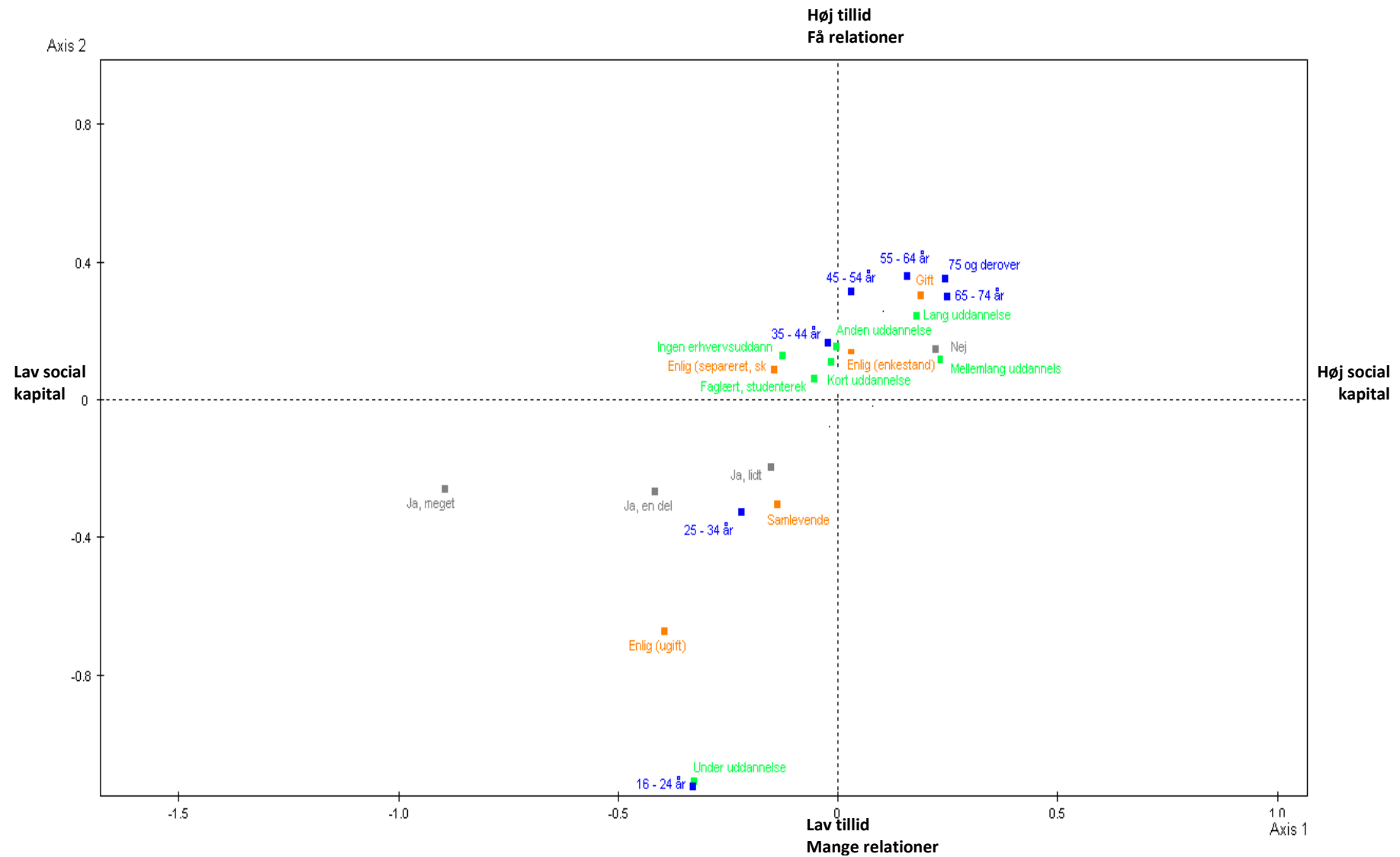
kulturel kapital stærkt 2. akse (alder: 1,47 og kulturel kapital: 1,35), mens civilstatus og lokalområderne er (tilnærmelsesvis) stærkt differentieret (civilstatus: 0,97 og lokalområde: 0,90).

Det ses således at en høj og lav social kapital er relateret til sociale ulighedsstrukturer, hvor særligt respondenter med en *ikke-vestlig baggrund* og *lav økonomisk kapital* er underprivilegerede ift. mængden af social kapital. Dette var ligeledes forventeligt, da Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010 dokumenterer, at mennesker med en *ikke-vestlig baggrund* sjældnere oplever støtte fra nær familie og venner samt oftere er mindre tillidsfulde end mennesker med en *dansk baggrund* (Pedersen et al. 2011: 55 og 66). Ligeledes giver en *høj økonomisk kapital* et større råderum i hverdagen og dermed også bedre forudsætninger for bl.a. at deltage i sociale aktiviteter med venner, bekendte samt familier og understøtter yderligere graden af tillid igennem et element af sikkerhed.

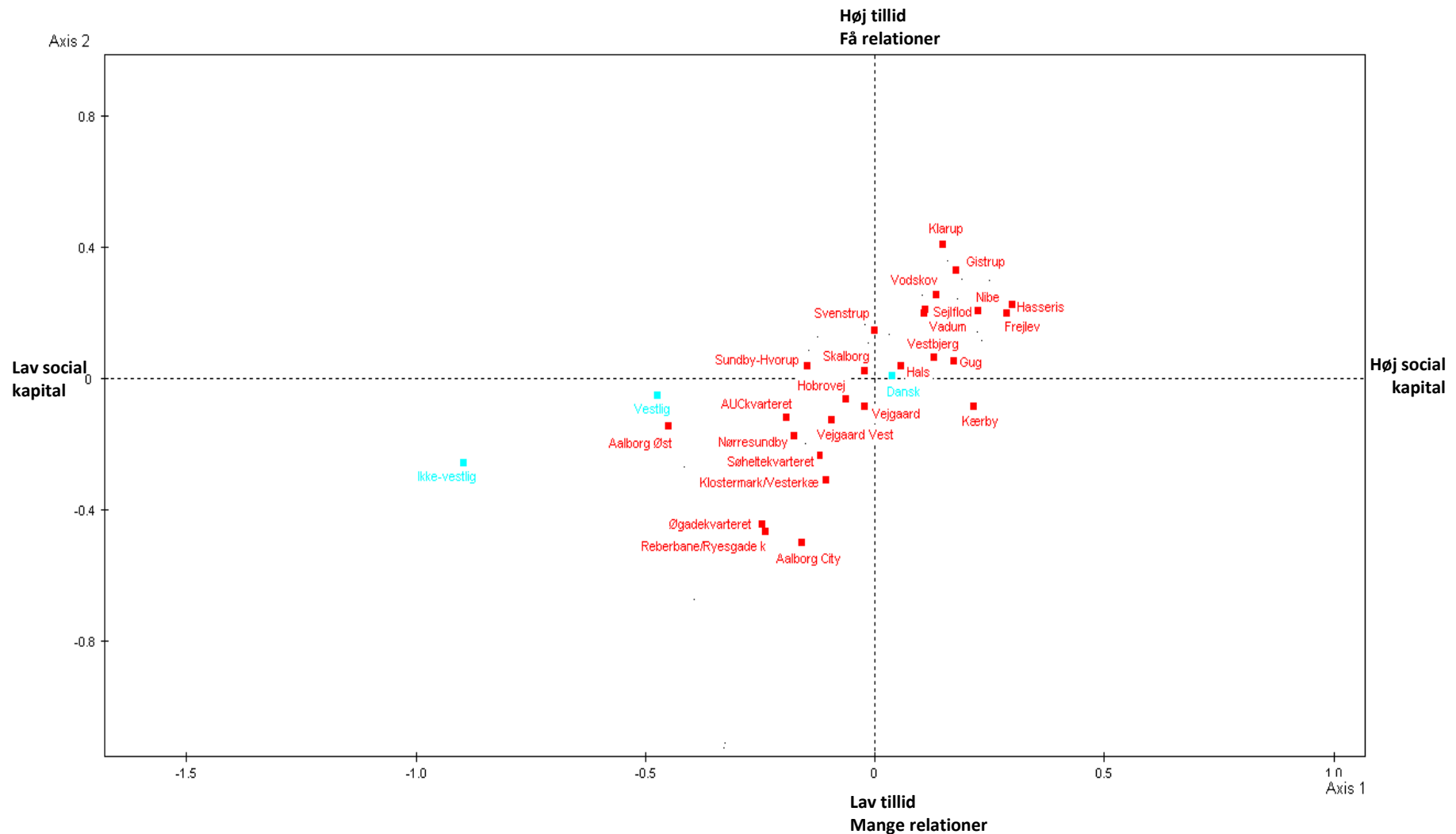
Som ventet viste også kulturel kapital, civilstatus, alder og lokalområde at have en sammenhæng med social kapital. *Giftede* respondenter indgår ofte dagligt i nære sociale relationer med hinanden modsat *enlige (ugiftede)*, hvormed ugifte også oftere har en lavere social kapital på dette område end giftede. I relation til kulturel kapital var det dog ventet, at *ingen erhvervsuddannelse* var placeret længere mod venstre langs 1. akse og dermed mod polen for lav social kapital, end hvad der er tilfældet, hvor respondenter *under uddannelse* derimod har indtaget denne placering. Dette da mennesker som er under uddannelse oftere er mere tillidsfulde end mennesker uden en erhvervsuddannelse (Pedersen et al. 2011: 55). *Under uddannelse* og *ingen erhvervsuddannelse* ligger dog forholdsvis tæt langs 1. akse, og afstanden mellem punkterne kan først betegnes som store langs 2. akse (1,35). Placeringen af kulturel kapital, alder og lokalområde følger naturligt hinanden langs 2. akse, hvor unge under uddannelse som forventet bl.a. oftere har flere sociale relationer - eksempelvis fra studie - end ældre og er lokaliseret i områder, der fortrinsvist er præget af lejligheder versus ældre med en uddannelse i privilegerede områder, som fortrinsvist er præget af parcelhuse eller villaer.

Vurderes boligområderne langs akse for mængden af social kapital fremgår det, at *Aalborg Øst* optræder længst mod polen for lav social kapital mens *Hasseris* og *Frejlev* optræder længst mod polen for høj social kapital, hvilket i høj grad var forventet, da netop disse områder igennem flere år har haft ry for at huse underprivilegerede befolkningsgrupper versus overprivilegerede og ressourcestærke befolkningsgrupper i Aalborg Kommune.

Kort 5.3.1 – Alder (grupperet), kulturel kapital, civilstand og økonomisk kapital indsat som supplementærpunkter i rummet for social kapital



Kort 5.3.2 – Lokalområde og etnisk baggrund indsat som supplementærpunkter i rummet for social kapital



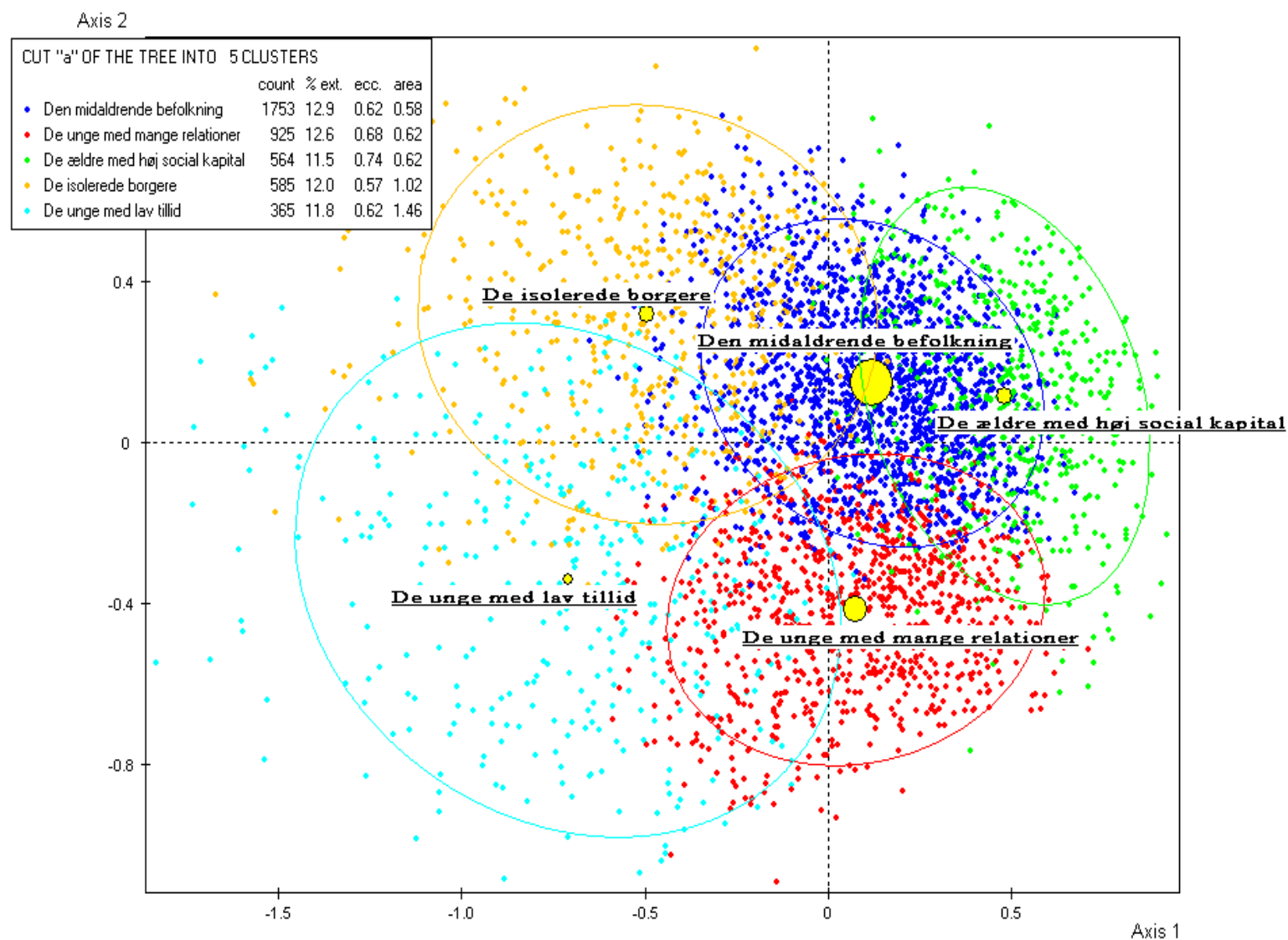
6. Klyngeanalyse – Grupper af aalborgensiske borgere

Med henblik på at undersøge hvorledes aalborgensiske borgere grupperer sig sammen og adskiller sig i forhold til social kapital udarbejdes klynger af aalborgensiske borgere. Disse præsenteres i det følgende, hvorefter passive variable beskrives i forhold til de konstruerede klynger med henblik på at undersøge, sammenhænge mellem social kapital og sundhed. En mere detaljeret beskrivelse af metoden fremgår af bilag 2 – *Metodisk uddybning*, mens SPAD-outputtet fremgår af bilag 9 – *SPAD output for klyngeanalysen*.

Som tidligere nævnt konstrueres klyngerne på baggrund af afstande mellem individer langs korrespondanceanalysens akser. Efterfølgende er det muligt at indsætte karakteristiske baggrundsvariable, præcis som var det en krydstabel. I præsentationen af klyngerne beskrives klyngerne først i relation social kapital, efterfulgt af sundhed samt forskellige sociale baggrundsfaktorer.

Ved undersøgelse af histogrammet i SPAD-outputtet fra den hierarkiske klyngeanalyse, der beskriver tab af ekstern varians forbundet med gennemførelse af agglomeration, ses et skæringspunkt ved 4. og 7. samling, hvor tabet af ekstern varians stiger uforholdsmæssigt meget. Lægges 1 til disse fås det mest gunstige antal klynger - dvs. 5 og 8 klynger. Ligeledes tilbyder SPAD en automatisk undersøgelse af de mest gunstige sammensætninger af aalborgensiske borgere ved hjælp af algoritme med minimum 3 klynger og max 10, hvor det ligeledes foreslås at konstruere 5 eller 8 klynger på baggrund af korrespondanceanalysens akser. Af hensyn til en meningsfuld fortolkning medtages 5 klynger i den videre analyse. I nedenstående individualsky er indtegnet koncentrationsellipser omkring de 5 anvendte klynger i rummet for social kapital.

Kort 6.1 – Individsky med koncentrationsellipser omkring klyngerne



Kortet med koncentrationsellipserne viser, at klyngerne har en god spredning og er nogenlunde veldefinerede, men overlapper dog hinanden.

Der gøres brug af test for undersøgelse af forskel mellem kategoriernes andele i den enkelte klynge i forhold til den samlede sky. Test-værdierne angives i standardafvigelser, som medfører, at værdier på 2 eller derover regnes for signifikante ved et 95 pct. signifikansniveau (Skjøtt-Larsen 2008: 72). Kategorier med en test-værdi på 2 eller derover er således medtaget i nedenstående præsentation af klyngerne, hvor højeste test-værdier indikerer forhold, som er mest karakteristisk for en klynge, mens laveste test-værdier indikerer forhold, der er mindst karakteristisk for den enkelte klynge. I præsentationen af klyngerne lægges der først og fremmest vægt på de positive test-værdier, og dermed kategorier som er overrepræsenteret og karakteristisk for den enkelte klynge kort efterfulgt af underrepræsenterede kategorier i relation til de aktive variable for den enkelte klynge. Desuden medtages kun kategorier, hvor der forekommer minimum 3 pct. forskel på kategorien i klyngen og gennemsnittet i datasættet. I følgende præsentation er andelen af modaliteterne i klyngen sammenlignet med gennemsnittet i datasættet kun angivet i parentes ved de aktive variable. Procentsatserne indikeret med *kursiv* indikerer gennemsnittet i datasættet for den pågældende modalitet. For en oversigt over kategoriernes fordeling i de enkelte klynger angivet i pct. se bilag 8 – *Klyngeanalysen* trykt bagerst i specialet.

Klyngerne som beskrives i det følgende vedrører *Den midaldrende befolkning*, som betragtes som en gennemsnitsgruppe de øvrige klynger differentierer sig fra, *De unge med mange relationer*, der har en oppositionel social kapital og sundhed i forhold til *De unge med lav tillid*. Derudover præsenteres *De ældre med høj social kapital*, som står i modsætning til *De isolerede borgere*. Klyngernes placering i rummet for social kapital vil løbende vurderes og sammenholdes med udgangspunkt i ovenstående kort 6.1.

6.1 Klynge 1: Den midaldrende befolkning

Den første gruppe udgør 41,82 pct. af borgere i Aalborg Kommune. Borgerne i klyngen er mest karakteriseret ved at *stole en del* på personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde (71,88 pct. 53,34 pct.) samt kontakt til kolleger eller studiekammerater *sjældnere end 1 gang om måneden* (45,69 pct. 32,47 pct.). Derudover er gruppen yderligere karakteriseret ved at have *ganske stor* institutionel tillid (76,21 pct. 66,08 pct.) og stoler samtidig *helt og holdent/en del* på fremmede (50,83 pct. 45,63 pct.) (generel tillid).

Der ses en overrepræsentation af individer, der har kontakt til sine kolleger eller studiekammerater i fritiden *1 til 2 gange om måneden* (23,73 pct. 17,96 pct.), men har kontakt med venner *1 til 2 gange om ugen* (53,85 pct. 41,27 pct.) eller *måneden* (31,89 pct. 22,35 pct.), samt kontakt til naboer eller beboere i den enkeltes lokalområde (31,83 pct. 28,13 pct.) og familie som den enkelte ikke bor sammen med (50,37 pct. 43,44 pct.) *1 til 2 gange om ugen* (strukturelt aspekt). Gruppen er således karakteriseret ved jævnlig kontakt til relationer, som har *getting by* effekt (familie og venner), men både sjældent (kolleger eller studiekammerater) og ofte (naboer eller beboere i lokalområdet) ved kontakt til relationer, der har *getting ahead* karakter. Dette kan således tyde på, at har man generelt mindre kontakt til kolleger eller studiekammerater i fritiden, læner man sig mere op af de lokale fællesskaber. Som tidligere nævnt anses begge former for netværk som vigtige hvor relationer, som har *getting by* effekt, anses som den nødvendige sociale support mens relationer, der har *getting ahead* karakter, anses som væsentlig for solidaritet og respekt på tværs af det sociale spektrum.

Derudover er gruppen overrepræsenteret ved høj støtte, dvs. *kan helt sikkert* regne med hjælp til praktiske gøremål ved sygdom (90,82 pct. 81,32 pct.), har *ofte* nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte (67,43 pct. 60,97 pct.), og er *ikke* uønsket alene (59,44 pct. 47,28 pct.) (funktionelt aspekt). *Den midaldrende befolkning* er yderligere karakteriseret ved *sjældent* at deltage i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lignende aktiviteter (22,59 pct. 18,68 pct.), hvilket formentlig skal finde sin årsag i gruppens mindre travle hverdag.

De underrepræsenterede kategorier i klyngen er bl.a. indikatorer på *daglig* kontakt med venner, kolleger eller studiekammerater i fritiden og *ingen* støtte ved behov.

Derudover ses der en overrepræsentation af individer, som vurderer at fysisk helbred eller følelsesmæssige problemer på *intet tidspunkt* har gjort det vanskelige at se andre mennesker, samtidig med at individerne *for det meste* føler sig friske nok til at gennemføre det ønskede. Gruppen er yderligere overrepræsenteret *ift. ikke* at være generet af træthed, *ikke* at føle sig ængstelig eller deprimeret, og *ikke* føler sig belastet af brud i forhold til partner eller familie. Dog er gruppen samtidig også associeret med *næsten aldrig* at oplever stress. Gruppen er således overordnet præget af overskud, sammenhæng og et godt helbred, men oplever dog en sjældent gang imellem stress.

Ved den anden indikator for sundhed – livsstil – fremgår det, at gruppen yderligere er karakteriseret ved *sjældent/aldrig* at spise fastfood, drikke sodavand mv. samtidig med, at gruppen vurderer egne kostvaner som *sunde*. Derudover forekommer det karakteristisk for gruppen, at gruppen er *eks-rygere* og drikker

sjældent mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Angående motion fremstår gruppen som borgere, der dyrker *lettere motion*.

Med baggrund i de sociale baggrunds faktorer ses det, at klyngen er overrepræsenteret af etablerede borgere i alderen 55-64, som er *gift* og som har en *høj økonomisk kapital*. Derudover er klyngen stærkt underrepræsenteret af individer *under uddannelse*. Klyngens placering i rummet, samt ovenstående sundhedsindikatorer og baggrunds faktorer afspejler, at *Den midaldrende befolkning* er ressourcestærke og privilegerede angående social kapital, som yderligere kan forestilles at have en positiv betydning for gruppens høje sundhedsgrad. Idet *Den midaldrende befolkning* er den største klynge og udgør hele 41,82 pct. af Aalborg Kommunes borgere, samtidig med at den også indtager en central position i midten af rummet for social kapital med små afvigelser fra gennemsnittet, anses denne klynge for at være en gennemsnitsgruppe, som de øvrige 4 klynger adskiller sig fra.

6.2 Klynge 2: De unge med mange relationer

Den anden gruppe udgør 22,07 pct. af de aalborgensiske borgere. Denne gruppe er overrepræsenteret af individer, som *dagligt* har kontakt med venner (80,32 pct. 26,46 pct.), samt *dagligt* (41,19 pct. 13,67 pct.) eller *ugentligt* (33,51 pct. 15,29 pct.) har kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden. Derudover er gruppen også overrepræsenteret af individer, der *dagligt* har kontakt til personer fra familien (53,19 pct. 34,45 pct.), som ikke bor i husstanden samt naboer eller beboere i lokalområdet (19,24 pct. 14,22 pct.) (strukturelt aspekt). Gruppen er således karakteriseret ved mange relationer, som både har *getting by* og *getting ahead* karakter. Gruppen har derfor et solidt netværks, som både kan hjælpe gruppen igennem dagen og vejen, men som også kan have en stor betydning for gruppens sundhed. Yderligere er gruppen også karakteriseret ved en høj grad af støtte – dvs. har *ofte* nogen at tale med ved problemer (78,49 pct. 60,97 pct.), kan *helt sikkert* regne med hjælp ved f.eks. sygdom (93,84 pct. 81,32 pct.), men er *en gang imellem* uønsket alene (42,16 pct. 29,68 pct.) (funktionelt aspekt). Årsagen til, at *De unge med mange relationer en gang imellem* føler sig uønsket alene kan muligvis findes i, at denne gruppe også er stærkt overrepræsenteret af *enlige (ugifte)* unge (37,62 pct. 18,20 pct.), som yderligere kan være bosiddende alene. Derudover deltager borgere i denne gruppe *aldrig* i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lignende - hvilket i lighed med *Den midaldrende befolkning* - antages at finde sin forklaring i gruppens travle hverdagsliv.

Desuden er gruppen karakteriseret ved at *stole en del* på kolleger (68,86 pct. 54,75 pct.) samt *meget stor* institutionel tillid (18,92 pct. 13,12 pct.), men samtidig også associeret med borgere som *ikke stoler ret me-*

get på fremmede (37,73 pct. 24,81 pct.) (generel tillid) og som *ikke stoler ret meget/overhovedet ikke* på personer fra eget kvarter/bebyggelse/lokalområde (19,14 pct. 14,91 pct.). Det er bemærkelsesværdigt, at gruppen er overrepræsenteret af individer, der har en lav tillid til lokalområdet, når det samtidig forekommer karakteristisk for gruppen at have *daglig* kontakt med personer fra lokalområdet. Den daglige kontakt tyder således ikke på at styrke tilliden til disse mennesker.

De underrepræsenterede kategorier i klyngen er kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden *sjældnere end 1 gang om måneden*, kontakt med venner og familie *sjældnere end 1 gang om måneden*, *1 til 2 gange om måneden* eller *1 til 2 gange om ugen* samt indikatorer på *ingen* støtte. Samtidig er gruppen underrepræsenteret af *ingen/ikke særlig stor* institutionel tillid samt individer som *stoler en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på personer fra familie, *stoler ikke ret meget/overhovedet ikke* på kolleger og *stoler overhovedet ikke på fremmede*, men samtidig også individer, som *stoler helt og holdent* på naboer eller beboere lokalområdet samt *helt og holdent/en del* på fremmede.

Derudover er gruppen bl.a. overrepræsenteret af individer, der *ikke* har problemer med at udføre sædvanlige aktiviteter, vurderer eget helbred som *vældig godt* eller *fremragende*, oplever *ingen* smerter eller ubehag, og som *ikke* vurderer sig ængstelig eller deprimeret. Gruppen er således karakteriseret ved et godt generelt, fysisk samt psykisk helbred. På trods af disse karakteristika er gruppen ligeledes associeret med at være *lidt belastet* af egen boligsituation, *lidt generet* af træthed, har *lidt af tiden* indenfor de sidste 4 uger følt sig trist til mode og føler sig *næsten aldrig* stresset. Det vil jeg vende tilbage til.

Yderligere er gruppen også overrepræsenteret af individer, der *ugentligt* eller *månedligt* indtager mere end 5 genstande ved samme lejlighed, samt spise fastfood og drikke sodavand mv. *1 til 2 gange om ugen*. Gruppen er yderligere karakteriseret ved at være *ikke-ryger (aldrig har røget)*, som yderligere stemmer godt overens med, at gruppen samtidig også er karakteriseret ved at *dyrke motions- eller konkurrenceidræt* og vurderer egen fysiske form som *god* eller *virkelig god*.

Med baggrund i baggrundsfaktorerne fremgår det, at *De unge med mange relationer* er overrepræsenterede af unge i alderen 16-34, som er *under uddannelse*, er *enlige (ugift)* eller *samlevende*, har en *middel økonomisk kapital* og bor i områderne *Øgadekvarteret* og *Aalborg City*, som særligt er præget af lejligheder. Vurderes klyngens placering i rummet for social kapital ses det, at klyngen overvejende placerer sig mod polen for høj social kapital, dog med en mindre vægt på 1. aksens negative side, samt mod en sammensætning af lav tillid og mange relationer. Med baggrund i klyngens placering i rummet, sundhedsindikatorerne og de social baggrundsfaktorer tolkes gruppen som privilegerede eller forholdsvis privilegerede ift. social kapital.

6.3 Klynge 3: De ældre med høj social kapital

Den tredje gruppe udgør 13,45 pct. af borgerne i Aalborg Kommune og er overrepræsenteret af individer som *stoler helt og holdent* på personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde (65,07 pct. 9,59 pct.) samt kolleger eller studiekammerater (70,74 pct. 17,89 pct.) – dvs. høj specifik tillid. Generelt forekommer det meget karakteristisk for gruppen, at borgerne har høj tillid – såvel ved personlig (97,70 pct. 74,50 pct.), specifik, generel (73,94 pct. 45,63 pct.) og institutionel tillid (33,33 pct. 13,12 pct.). Ligeledes er klyngen overrepræsenteret af individer, som *dagligt* (26,60 pct. 14,22 pct.) eller *ugentligt* (36,52 pct. 28,13 pct.) har kontakt til naboer eller beboere i lokalområdet, kontakt med venner *1 til 2 gange om ugen* (49,11 pct. 41,27 pct.) eller *måned* (26,60 pct. 22,35 pct.) samt kontakt til kolleger eller studiekammerater i fritiden *1 til 2 gange om måneden* (22,34 pct. 17,96 pct.). Gruppen er således delvist karakteriseret ved relationer, som både har *getting ahead* og *getting by* karakter. Gruppens kontakt til familien er ikke overrepræsenteret i klyngen, men det forekommer karakteristisk for klyngen, at den er underrepræsenteret i forhold til at have kontakt med familie *sjældnere end 1 gang om måneden* (1,60 pct. 24,02 pct.). Derudover er gruppen også karakteriseret ved en *stærk* tilknytningsfølelse til lokalområdet (54,96 pct. 28,96 pct.), samt en *daglig/ugentlig* deltagelse i foreningsliv/frivillige aktiviteter eller lignende (26,77 pct. 16,08 pct.). Overordnet kan klyngen således karakteriseres ved høj social kapital.

De underrepræsenterede kategorier i gruppen er indikatorer på *ingen/ikke særlig stor* og *ganske stor* institutionel tillid, *stoler en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på personer fra familie, *stoler ikke ret meget/overhovedet ikke* samt *en del* på kolleger, naboer eller personer fra lokalområdet og *stoler overhovedet ikke* samt *ikke ret meget* på fremmede. Dvs. *lav* og *moderat* tillid. Ligeledes er gruppen underrepræsenteret ift. *lav* støtte samt *sjældent* eller *månedlig* kontakt eller *lav* tilknytningsfølelse til lokalområdet men også *daglig* kontakt med venner, kolleger eller studiekammerater.

Gruppen er yderligere overrepræsenteret af individer, der har angivet, at fysisk helbred og følelsesmæssige problemer *på intet tidspunkt* har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, og som *ikke* føler sig generet af hovedpine eller søvnbesvær/søvnproblemer. Samtidig er klyngen associeret med *ikke* at vurdere sig ængstelig eller deprimeret og *aldrig* at føle sig stresset. Det er således karakteristisk for gruppen, at den er præget af overskud, sammenhæng og et godt helbred på alle fronter til trods for gruppens alder.

Yderligere er *De ældre med høj social kapital* også overrepræsenteret af individer, som har *sunde* kostvaner, *aldrig* indtager mere end 5 genstande ved samme lejlighed, er *eks-rygere* og vurderer egen fysisk form som *god*.

Med baggrund i de sociale baggrunds faktorer ses det, at klyngen er overrepræsenteret af et bredt udsnit af ældre borgere i alderen 55 og derover, som er *gift* og har en *høj økonomisk kapital*. Derudover er gruppen associeret med en *dansk etnisk baggrund* samtidig med, at det forekommer karakteristisk for gruppen at have en forholdsvis høj kulturel kapital i form af en *mellemlang uddannelse*.

Vurderes klyngens placering i rummet for social kapital ses det, at netop *De ældre med høj social kapital* placerer sig længst mod polen for høj social kapital, samt med en meget lille overvægt mod få relationer og høj tillid. Det forekommer således klart, at denne gruppe er præget af en særlig høj grad af social kapital, som kan formodes at have en positiv indflydelse på gruppens høje sundhedsgrad. Med udgangspunkt i klyngens placering i rummet, sundhedsindikatorerne og baggrundsvariablene afspejler det således at *De ældre med høj social kapital* er ressourcestærke og privilegerede ift. social kapital.

6.4 Klynge 4: De isolerede borgere

Den fjerde klynge udgør 13,96 pct. af de aalborgensiske borgere. Gruppen er overrepræsenteret af individer, som *ikke/måske* kan regne med hjælp til praktiske gøremål ved sygdom (66,15 pct. 16,17 pct.), *aldrig/nogle gange* har nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte (54,70 pct. 11,93 pct.), og som *ofte* er uønsket alene (24,27 pct. 4,77 pct.) – dvs. gruppen er mest karakteriseret ved lav støtte (funktionelt aspekt). *De isolerede borgere* er yderligere overrepræsenteret af individer, der *sjældnere end 1 gang om måneden* (17,95 pct. 5,46 pct.) eller *1 til 2 gange om måneden* (23,08 pct. 15,15 pct.) har kontakt med familie samt kontakt til venner (20 pct. 7,06 pct.), kolleger eller studiekammerater i fritiden (38,63 pct. 32,47 pct.) og naboer eller beboere i lokalområdet (41,71 pct. 31,37 pct.) *sjældnere end 1 gang om måneden* (strukturelt aspekt). Dvs. gruppen er karakteriseret ved forholdsvis få relationer, som både er af getting by eller getting ahead karakter. Dermed får gruppen således ikke den nødvendige sociale support eller solidaritet og respekt på tværs af det sociale spektrum fra netværket. Ligeledes er aspektet omfattende sociale aktiviteter også minimal, da gruppen også er associeret med *slet ikke/ikke speciel* tilknyttet til lokalområdet (39,49 pct. 24 pct.) samt *aldrig* at deltage i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lignende aktiviteter (57,61 pct. 52,79 pct.). Derudover er klyngen karakteriseret ved at *stole en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på familie (49,40 pct. 24,02 pct.) (personlig tillid), *ingen/ikke særlig stor* institutionel tillid (27,69 pct. 16,77 pct.) og *stoler ikke ret meget* på fremmede (32,82 pct. 24,81 pct.) (generel tillid).

Underrepræsenterede kategorier i klyngen omfatter indikatorer, som omhandlende *høj* støtte, *daglig* eller *ugentlig* kontakt med familie, naboer eller beboere i lokalområdet, *daglig* kontakt med venner og *daglig*,

ugentlig eller *månedlig* kontakt med kolleger eller studiekammerater. Ligeledes er gruppen underrepræsenteret ift. at *stole helt og holdent* på personer fra familie, kolleger, naboer og andre fra lokalområdet, *stole helt og holdent/en del* samt *overhovedet ikke* på fremmede samt *meget stor* og *ganske stor* institutionel tillid. Dvs. gruppen er også underrepræsenteret ift. høj tillid – dog med undtagelse af tillid til fremmede.

Overordnet ses det, at gruppen har en oppositionel adfærd i forhold til *De ældre med høj social kapital*. *De isolerede borgere* forekommer dog en anelse mere varieret, da gruppen ikke udelukkende er karakteriseret ved en ekstrem lav grad af social kapital, men varierer fra middel til en meget lav grad af social kapital. Dette illustreres ligeledes ved klyngens placering i rummet for social kapital, da individerne i denne klynge har en jævn spredning i rummet. Gruppen er dog overordnet karakteriseret ved mangel på overskud og dårligt helbred.

Gruppen er overrepræsenteret af individer, som kun *af og til* eller *næsten aldrig* oplever følelsen af at være frisk nok til at gennemføre det ønskede, og som vurderer eget helbred som *godt* eller *mindre godt*. Ligeledes er gruppen associeret med at være *meget generet* af træthed og en oplevelse af *moderate* smerter. Det er således karakteristisk for gruppen, at gruppen også har et fysisk dårligt helbred. Yderligere er gruppen også overrepræsenteret af individer, som *ofte* oplevelser stress, er *moderat* ængstelige eller deprimerede og føler sig *meget, en del* eller *lidt belastet* ift. forskellige forhold. Bl.a. arbejdsløshed eller udsigt til arbejdsløshed. Det fremgår således tydeligt, at *De isolerede borgere* således også har et psykisk dårligt helbred.

I forhold til *De isolerede borgers* livsstil er gruppen associeret med *usunde* kostvaner, men drikker *sjældent* eller *aldrig* sodavand eller andre sukkerholdige drikke. Derudover er gruppen repræsenteret ved *at ryge hver dag*, være *fysisk inaktiv* og vurderer hertil egen fysisk form som *dårlig* eller *mindre god*, men drikker dog *aldrig* mere end 5 genstande ved samme lejlighed.

De sociale baggrundsfaktorer indikerer, at *De isolerede borgere* er overrepræsenteret af *enlige (separeret, skilt, enkestand, ugift)*, med *lav* kulturel- (*uden erhvervsuddannelse*) og *økonomisk kapital*. Det forekommer yderligere karakteristisk for klyngen at den er underrepræsenteret i forhold til unge i alderen 16-24 samt *dansk etnisk baggrund*. Vurderes klyngens placering i rummet for social kapital ses det, at den orienterer sig mod lav social kapital med en sammensætning af få relationer og høj tillid. Gruppen kan således karakteriseres ved en meget lav grad af social kapital. Ovenstående variable afspejler således, at *De isolerede borgere* overordnet har et dårligt helbred på alle fronter, en usund livsstil men dog et sundt forhold til indtagelse af alkohol og sodavand eller andre sukkerholdige drikke. Samtidig kan gruppen karakteriseres ved en lav grad af social kapital, som yderligere kan forestilles at have en negativ betydning for gruppens sundheds-

grad. Med udgangspunkt i dette samt klyngens placering i rummet vurderes *De isolerede borgere* som resourcesvage samt underprivilegerede ift. social kapital.

6.5 Klynge 5: De unge med lav tillid

Den femte og sidste klynge udgør 8,71 pct. af Aalborg Kommunes borgere. Denne klynge er mest karakteriseret ved *overhovedet ikke at stole* på fremmede (59,18 pct. 6,30 pct.) (generel tillid), kolleger eller studiekammerater i fritiden (60 pct. 6,89 pct.) og naboer eller beboere i lokalområdet (67,40 pct. 14,91 pct.) (specifik tillid). Desuden forekommer det karakteristisk for gruppen at have lav tillid, da gruppen også er associeret med at *stole en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på personer fra familie (50,41 pct. 24,02 pct.) (personlig tillid) og *ingen/ikke særlig stor* institutionel tillid (41,10 pct. 16,77 pct.).

Ved aspektet omfattende sociale aktiviteter forekommer det karakteristisk for *De unge med lav tillid* ikke at føle sig knyttet til lokalområdet (41,10 pct. 24 pct.) samt *aldrig* at deltage i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lignende aktiviteter (73,70 pct. 52,79 pct.). Gruppen er yderligere overrepræsenteret af individer, som *sjældnere end 1 gang om måneden* har kontakt til familie (12,05 pct. 5,46 pct.) og naboer eller beboere i lokalområdet (48,77 pct. 31,37 pct.), men har *dagligt* kontakt med venner (31,51 pct. 26,46 pct.) og *1 til 2 gange om ugen* med kolleger eller studiekammerater i fritiden (20,82 pct. 15,29 pct.) (strukturelt aspekt). Gruppen har således både stor og lille kontakt til relationer, der har getting ahead og getting by karakter. Det er desuden karakteristisk for gruppen *aldrig/nogle gange* at have nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte (22,47 pct. 11,93 pct.), samt *en gang imellem* en oplevelse af at være uønsket alene (25,48 pct. 17,68 pct.). Gruppen får således på trods af *dagligt* kontakt med venner og *ugentligt* med kolleger eller studiekammerater ikke den nødvendige sociale support, solidaritet og respekt fra netværk.

De underrepræsenterede kategorier i klyngen vedrører at *stole en del/ikke ret meget/overhovedet ikke* på personer fra familie, *stole helt og holdent* samt *en del* på kolleger, *stole helt og holdent* på naboer eller beboere i lokalområdet, *stoler helt og holdent/en del* samt *ikke ret meget* på fremmede og *meget stor* samt *ganske stor* institutionel tillid. Dvs. overordnet *høj* og *delvis* tillid. Ligeledes er gruppen underrepræsenteret ift. kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet *dagligt* eller *1 til 2 gange om ugen*. Ligesom klyngen også er underrepræsenteret ift. kontakt med familie og venner *1 til 2 gange om ugen* samt *føle sig tilknyttet* til lokalområdet og *daglig/ugentlig* eller *månedlig* deltagelse i foreningslivet/frivilligt arbejde eller lignende.

Nærværende gruppe er yderligere overrepræsenteret af individer, som *næsten aldrig* eller *af og til* føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, føler at fysisk smerte vanskeliggør dagligt arbejde, oplevelser *moderate* smerter og ubehag og føler sig *moderat* ængstelig eller deprimeret. På trods af gruppens unge alder forekommer det således karakteristisk for *De unge med lav tillid* at være præget af mangel på overskud og dårligt helbred. Derudover står gruppen i opposition til *De unge med mange relationer*, men har desuden en adfærd som overordnet er i lighed med *De isolerede ældre*.

I forhold til livsstilen hos *De unge med lav tillid* forekommer den også usund. Gruppen vurderer egne kostvaner som *usunde*, drikker sodavand mv. *5 til 7 gange om ugen* samtidig med, at der indtages fastfood *1 til 2 gange om ugen*. Sammenholdt med dette er gruppen også overrepræsenteret af *dagligdagsrygere*, indtager *ugentligt* mere end 5 genstande ved samme lejlighed og er *fysisk inaktive*. Alle indikatorer som indikerer en usund livsstil.

I relation til de sociale baggrundsfaktorer er gruppen overrepræsenteret af unge i aldersgruppen *16-34, enlige (ugift)* eller *samlevende*, *under uddannelse* eller har en *faglært/studentereksamen*. Yderligere er *De unge med lav tillid* associeret med en *ikke-vestlig baggrund*, *lav eller middel økonomisk kapital* og er bosat i *Aalborg Øst*. Vurderes klyngens placering i rummet for social kapital fremgår det, at *De unge med lav tillid* er klyngen med den største spredning af individer og placerer sig længst mod polen for lav tillid, samt overvejende mod en sammensætning af lav tillid og mange relationer. *De unge med lav tillid* kan således karakteriseres som borgere med en generel lav grad af social kapital, men har dog *dagligt* kontakt med venner og *ugentligt* med kolleger eller studiekammerater i fritiden, som yderligere ikke synes at opveje gruppens lave sundhedsgrad. Ovenstående variablene samt klyngens placering i rummet for social kapital afspejler således, at *De unge med lav tillid* er resourcesvage og underprivilegerede ift. social kapital.

I det følgende analyseres klyngerne i relation til hinanden – dvs. fokus på ligheder og forskelle i mønstre først mellem gruppernes sociale kapital og derefter gruppernes sundhed set i lyset af social kapital. Som tidligere nævnt anses *Den midaldrende befolkning* for at være en gennemsnitsgruppe, de øvrige 4 klynger differentiere sig fra. I det følgende vil fokuset derfor tillægges de 4 øvrige klynger.

6.6 Den ulige fordeling af social kapital

I figur 6.1 viste jeg klyngerne i rummet for social kapital. Vurderes klyngernes placering i rummet for social kapital og sammensætningen heraf ses det, at *De isolerede borgere* og *De ældre med høj social kapital* grupperer sig i den øvre del i rummet langs 2. akse, og dermed mod en sammensætning af få relationer og

høj tillid. Modsat grupperer *De unge med lav tillid* samt *De unge med mange relationer* sig nederst i rummet, og dermed mod en sammensætning af social kapital med lav tillid og mange relationer. Der ses således overordnede sammenhænge tilsvarende de, som i MCA'en viser – nemlig tendenser til, at alder og uddannelse fortrinsvis differentierer 2. akse og hænger sammen med sammensætningen af social kapital. Således placerer unge som er under uddannelse sig længst mod 2. aksens negative orientering, mens ældre med en lang uddannelse placerer sig længst mod 2. aksens positive orientering.

Der ses et gennemgående mønster ved kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden blandt de 4 klynger i relation til alderen, hvor *De unge med lav tillid* og *De unge med mange relationer dagligt eller ugentligt* har kontakt med kolleger eller studiekammerater, mens dette er gældende *1 til 2 gange om måneden* eller *sjældnere end 1 gang om måneden* blandt *De ældre med høj social kapital* og *De isolerede borgere*. Dette anses at have en naturlig sammenhæng med, at de 2 ungegrupper er associeret med at være under uddannelse og mindre etablerede, hvormed relationer fra studie kan spille en stadig væsentligere del i deres verden i modsætning til de 2 øvrige klynger. Det antages derfor, at der blandt *De ældre med høj social kapital* og *De isolerede borgere* er sket en reduktion i relationerne af de tidligere studiekammerater, hvor disse tidligere studiekammerater som stadig indgår i den enkeltes relationer ofte vil betegnes som venner. Tilsvarende kan lade sig gælde ved relationer til kolleger der ses i fritiden.

I relation til borgerens tillid ses der ikke et generelt mønster i fordelingen af tillid langs 2. akse, hvilket har en naturlig sammenhæng med, at det fortrinsvist er netværksdimensionen, som dominerer 2. akse. Derimod ses der en tydelig fordeling i graden af tillid langs 2. akse for mængden af social kapital. Hvor *De isolerede borgere* er associeret med lav tillid og placerer sig ved polen for lav social kapital står *De ældre med høj social kapital* i modsætning hertil, da denne gruppe er associeret med høj tillid og placerer sig ved polen for høj social kapital. Samtidig placerer *De unge med lav tillid* sig ved polen for lav social kapital, mens *De unge med mange relationer*, der derimod generelt er associeret med høj/moderat tillid, placerer sig ved polen for høj social kapital.

Den ulige fordeling af tillid i rummet for social kapital står i modsætning til resultaterne fra Den Danske Værdiundersøgelse fra 2008, hvor alderen og uddannelse synes at være af betydning for tilliden. Undersøgelsen viser, at særligt de 18-49-årige er mere tillidsfulde end ældre grupper, samtidig med, at graden af tillid synes at være rangordnet efter graden af 'boglighed' fra grundskole til lang videregående uddannelse (Frederiksen 2011: 207-208). Ligeledes viser samme undersøgelse, at særligt studerende, lønmodtagere og selvstændige er kendetegnet ved tillid, samtidig med at efterlønsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse er betydeligt mindre tillidsfulde end den øvrige del af befolkningen (Frederiksen 2011: 208). Da nær-

værende analyse ikke illustrerer tilsvarende antages det derfor at være andet end alder og uddannelse, som forårsager den ulige fordeling i tillid i rummet for social kapital. Eksempelvis etnicitet, som viste sig at differentiere 1. akse (nogenlunde), eller økonomisk kapital, som viste sig at differentiere 1. akse stærkt i MCA'en. Den etniske baggrund, klyngerne er associeret med, kan derfor spille en rolle i denne sammenhæng. Hertil er det veldokumenteret, at Danmark er et af de mest tillidsfulde lande sammenlignet med andre OECD-lande (OECD-Ilibrary 2012). Derudover er etniske minoriteter grupper, som kan have erfaring med marginalisering, vanskelig sprogkommunikation og deraf bl.a. følgende mangel på tillid (Larsen & Andersen 2011: 239). En ikke-vestlig baggrund forekommer karakteristisk for *De unge med lav tillid*, mens *De isolerede borgere* er underrepræsenteret af en dansk etnisk baggrund samtidig med, at en dansk etnisk baggrund forekommer karakteristisk for *De ældre med høj social kapital*. Der ses således ikke et gennemgående mønster for alle klynger, men det kan dog være et forhold, som spiller en rolle i relation til tilliden. Betydningen af klyngernes økonomiske kapital understøtter antageligt graden af tillid gennem et vist element af sikkerhed ved en høj økonomisk kapital. Samtidig giver et vist indkomstniveau også en forøget handlemulighed og selvbestemmelse, som kan styrke den enkeltes tillidsniveau.

Ved fordelingen af relationer, som både kan have *getting by* og *getting ahead* karakter, ses der overordnet en social gradient i netværk, hvor de privilegerede eller forholdsvis privilegerede klynger – *De ældre med høj social kapital* og *De unge med mange relationer* – foruden *Den midaldrende befolkning* er særligt privilegerede mht. relationer, som både har *getting ahead* og *getting by* karakter. Disse har derfor et (forholdsvis) solidt netværk, som både kan have en støttende funktion – og som kan være særlig vigtig ved hjælp til praktiske gøremål ved sygdom – men som også kan være særlig vigtig for den enkeltes sundhedsviden og praktikker. Modsat får *De isolerede borgere* ikke den nødvendige sociale support fra de stærke bånd eller solidaritet og respekt på tværs af det sociale spektrum fra de svage bånd. Tilsvarende synes også at lade sig gælde for *De unge med lav tillid* på trods af, at denne gruppe oplever *dagligt* kontakt med venner og *ugentligt* med studiekammerater eller kolleger i fritiden. Disse relationer tyder derfor ikke på, at have nogen støttende eller tillidsskabende funktion for gruppen. Tværtimod er gruppen yderligere associeret med *overhovedet ikke at stole* på fremmede og naboer eller beboere i lokalområdet samt *en del/ikke ret meget/overhovedet ikke at stole* på personer fra familie og *ingen/ikke særlig stor* institutionel tillid, *lav* støtte, deltager *aldrig* i foreningsliv/frivillige aktiviteter samt *sjældent* kontakt med familie udenfor husstanden og naboer eller beboere i lokalområdet. Det kan derfor pege i retningen af, at den *daglige* kontakt med venner og *ugentlige* med studiekammerater eller kolleger kan tænkes at have en negativ indflydelse på gruppens lave sundhedsgrad, hvor relationerne fastholder *De unge med lav tillid* i en sundhedsrisiko. Social kapital vil i et sådan tilfælde kunne ses som en ressourceeffekt i en negativ retning.

Det antages at være forbundet med en særlig høj grad af social kapital, at deltage i foreningsarbejde eller frivillige aktiviteter, da dette *dagligt/ugentligt* er overrepræsenteret af individer fra *De ældre med høj social kapital*, men kun forekommer *sjældent* hos *Den midaldrende befolkning*.

Som tidligere nævnt undersøgte Li, Pickles og Savage (Li et al. 2005) forskellen i forskellige netværk blandt socialgrupper i Storbritannien. Her så de en social gradient i netværk, hvor privilegerede socialgrupper havde et bredere netværk end underprivilegerede socialgrupper, hvis netværk derimod var afgrænset til lokalområdet. Dette er ikke i overensstemmelse med denne undersøgelse. Derimod ses det, at de privilegerede eller forholdsvis privilegerede grupper har et *større* netværk i form af relationer, der både har *getting ahead* og *getting by* karakter, og dermed indgår i flere forskellige relationer end de underprivilegerede grupper. Ligeledes ses der ikke et generelt mønster i, at de underprivilegerede grupper har et netværk afgrænset til lokalområdet. Tværtimod ses lokale fællesskaber karakteristiske for de privilegerede eller forholdsvis privilegerede grupper.

6.7 Ulighed i sundhed

Vurderes klyngernes placering i rummet for social kapital, samt de uddybende beskrivelser af sundhed og de sociale baggrundsfaktorer i klyngerne i rummet for social kapital, illustrerer klyngeanalysen overordnet sammenhænge mellem Aalborg Kommunes borgers sociale kapital og deres sundhed. Således er særligt 2 grupper - foruden *Den midaldrende befolkning* - privilegeret angående et godt generelt, psykisk og fysisk helbred, en (nogenlunde) sund livsstil og økonomisk kapital. Disse placerer sig længst mod polen for høj social kapital langs 1. akse. De øvrige 2 klynger placerer sig ved polen for lav social kapital, og er desuden mere spredt langs 2. akse. Disse grupper er ikke så privilegerede angående helbred, livsstil og økonomisk kapital, ligesom de generelt må siges at være resourcesvage. Der fremstår således et tydeligt billede at social ulighed indenfor social kapital og sundhed blandt Aalborg Kommunes borgere, som stemmer overens med den eksisterende viden om social ulighed i sundhed, som beskrevet i kapitel 1 – *Problemstilling*.

I relation til helbred ses en ulige fordeling mellem grupperne. *De ældre med høj social kapital* er overrepræsenteret af individer, som bl.a. *for det meste* føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede og *hele tiden* føler sig rolig og afslappet, hvilket illustrerer, at gruppen trives og har et generelt godt helbred. Dette hænger også sammen med, at gruppen er præget af et godt fysisk helbred ved *ikke* at være generet af træthed. Dét at gruppen samtidig er associeret med ikke at have nået mindre end ønsket pga. følelsesmæssige problemer, *på intet tidspunkt* har følt sig trist til mode indenfor de seneste 4 uger, *ikke* vurderer sig ængstelig

eller deprimeret og *aldrig* oplever stress, viser ligeledes, at gruppen er psykisk stabil og er præget af overskud. Denne gruppe er yderligere bl.a. associeret med individer i pensionsalderen, hvormed det antages, at disse har en mindre travl hverdag end de fleste mennesker på arbejdsmarkedet eller som er under uddannelse, og har dermed også ofte mere tid til sig selv, hvilket kan være en mulig forklaring på den særlige høje sundhedsgrad.

I modsætning hertil er *De isolerede borgere* overrepræsenteret af individer, som kun *af og til* eller *næsten aldrig* er friske nok til at gennemføre det ønskede, og kun *noget af tiden* eller *lidt af tiden* føler sig rolig og afslappet. Dette indikerer, at gruppen er belastet, hvilket også har en sammenhæng med, at gruppen ligeledes er associeret med at være *meget generet* af træthed og oplever derfor også en fysisk belastning. Sammenholdt med dette er *De isolerede borgere* ligeledes karakteriseret ved *det meste af tiden*, *noget af tiden* eller *lidt af tiden* at have nået mindre end ønsket pga. følelsesmæssige problemer, ligesom de også *det meste af tiden* eller *noget af tiden* har følt sig trist til mode, vurderer sig moderat ængstelig eller deprimeret samt føler sig *lidt* eller *en del* belastet af egen boligsituation og oplever *ofte* eller *meget ofte* stress. Gruppen er således også psykisk belastet og karakteriseret ved mangel på overskud. Dette står i overensstemmelse med tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor særligt individer uden en erhvervsuddannelse og enlige (separeret, skilt), der ligeledes er karakteristisk for gruppen, oplever stress (Christensen 2011: 28). Hvor *De ældre med høj social kapital* således er præget af overskud og et godt helbred på alle fronter, er *De isolerede borgere* præget af fysiske og psykiske belastninger, mangel på overskud og dermed et mindre godt eller dårlig helbred.

Tilsvarende forskelle synes ligeledes synlige mellem *De unge med lav tillid* og *De unge med mange relationer*, hvor *De unge med lav tillid* er overrepræsenteret af individer, som *af og til* eller *næsten aldrig* føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, og som *noget af tiden* eller *lidt af tiden* føler sig rolig og afslappet, hvilket i lighed med *De isolerede ældre* indikerer, at gruppen er belastet. Dette antages også at have en sammenhæng med, at *De unge med lav tillid* er associeret med *meget generet* af træthed, og dermed også fysisk belastet. I relation til gruppens psykiske helbred forekommer *De unge med lav tillid* overrepræsenteret af individer, som *det meste af tiden* eller *noget af tiden* har nået mindre end ønsket pga. følelsesmæssige problemer, som yderligere *det meste af tiden* eller *noget af tiden* føler sig trist til mode, ligesom de også vurderer sig *moderat* ængstelig eller deprimeret, føler sig *lidt* eller *meget* belastet af egen boligsituation og oplever *meget ofte* stress. *De unge med lav tillid* forekommer således psykisk belastede og er kendetegnet ved mangel på overskud. Dette stemmer ligeledes overens med Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor det fremgår, at 28,2 pct. med en ikke-vestlig baggrund i Danmark har det psykisk dårligt, mens dette kun er gældende for 11,3 pct. etniske danskere. Samtidig mangler individer med en ikke-vestlig baggrund oftere

det netværk og den menneskelige støtte, som kan være med til at afhjælpe deres problemer (Christensen et al. 2011: 29). Eksempelvis er *De unge med lav tillid* foruden at være associeret med et dårligt helbred og en usund livsstil også karakteriseret ved *dagligt* kontakt med venner og *ugentligt* med studiekammerater eller kolleger i fritiden. Disse relationer har således ikke en sundhedsfremmende eller støttende funktion for denne gruppe, hvilket også vidner om at netværk ikke på alle punkter har en sundhedsfremmende funktion.

I kontrast hertil er *De unge med mange relationer* overrepræsenterede af individer, der for det meste føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, men i lighed med *Den midaldrende befolkning* 'kun' det meste af tiden føler sig rolig og afslappet. Dette antages at have en sammenhæng med, at *De unge med mange relationer* kan være truet af stress, da de indenfor de seneste 14 dage har følt sig generet af træthed, føler sig lidt belastet af egen boligsituation samt lidt af tiden trist til mode og oplever næsten aldrig stress. Derudover antages det, at en ændring af boligsituation ligeledes kan være en stressende faktor. Unge under uddannelse i alderen 16-34 flytter ofte hjemmefra i disse år. Tal fra Danmarks Statistik viser at 78 pct. af de unge kvinder og 63 pct. af de unge mænd i 2010 flyttede hjemmefra inden de fyldte 22 år (Danmarks Statistik 2011c). Sammenholdt med dette kan det være en nødvendighed at flytte bolig flere gange efter den ønskede uddannelse, ophold i udlandet mv., hvilket kan medføre en mindre følelse af belastning ift. boligsituation. En del af de unge vender desuden tilbage til forældrene efter at have boet et andet sted i en periode. 25 pct. af de unge mænd og 17 pct. af de unge kvinder, som flyttede hjem i 2010, var mellem 25 og 29 år (Danmarks Statistik 2011c). Boligsituationen kan derfor forekomme ustabil hos flere i gruppen, hvilket kan være en stressende faktor. Foruden en antagelse om, at *De unge med mange relationer* er truet af stress forekommer det dog også karakteristisk for individer i gruppen ikke at vurdere sig ængstelig eller deprimeret og ikke at have nået mindre end ønsket pga. følelsesmæssige problemer. Således er *De unge med mange relationer* generelt præget af overskud og et godt helbred, men er dog også truet af stress, hvor *De unge med lav tillid* i modsætning hertil er præget af et mindre godt eller dårligt helbred på alle fronter.

Derudover ses der en sammenhæng mellem gruppernes tillid til sundhedsvæsenet og graden af sundhed. *De isolerede ældre* og *De unge med lav tillid* er kendetegnet ved ikke særlig stor/ingen institutionel tillid samt en lav sundhedsgrad mens de mere privilegerede eller forholdsvis privilegerede grupper - *De unge med mange relationer* og *De ældre med høj social kapital* - er karakteriseret ved meget stor tillid til sundhedsvæsenet samt en høj sundhedsgrad. Tilliden til sundhedsvæsenet antages således også at følge sundhedsgraden, hvilket har en naturlig sammenhæng med, at hvis borgere har tiltro til sundhedssystemet eller

respektive *ekspertsystemers* kvalifikationer og kunnen afføder det ideelt villighed til f.eks. at efterleve lægens råd og vejledning (Larsen & Andersen 2011: 233).

Der ses således i lighed med tidligere undersøgelser på området en sammenhæng mellem social kapital og menneskers helbred. Social kapital i form af sociale relationer tilbyder support og selskab, mens tillid kan medfører tryghed alt noget der er associeret med en god psykisk og fysisk tilstand. Modsat viser en mangel på social kapital, at være skadeligt for helbredet, da det kan forårsage ensomhed og stress, jf. kapital 1 – *Problemstilling*. Sociale relationers positive betydning for sundheden kan således begrundes med, at sociale relationer giver den enkelte støtte, som virker som en "buffer" imod dårligt helbred og livsstil eller virker fremmende for den enkeltes sundhed igennem en ressourceeffekt. Netværk virker dog ikke sundhedsfremmende for alle grupper, idet *De unge med lav tillid* på trods af *dagligt* kontakt med venner og *ugentligt* med kolleger eller studiekammerater i fritiden ikke er karakteriseret ved et godt helbred. Tillidens positive indflydelse på sundheden kan ses ved, at den kan afføde tryghed og f.eks. en accept og efterlevelse af lægens anvisninger. I den tidligere nævnte undersøgelse af Veenstra (Veenstra 2000) ses en sammenhæng mellem individer, som er mindre socialt isoleret og mere involveret i sociale aktiviteter tenderer mod et bedre helbred. Dette kan ligeledes bekræftes af nærværende undersøgelse, hvor *De ældre med høj social kapital* og *De unge med mange relationer* er kendetegnet ved mange relationer og har samtidig også et bedre helbred end *De isolerede borgere* og *De unge med lav tillid*, som yderligere har færre relationer. Samtidig forbindes deltagelse i foreningslivet eller frivilligt arbejde med en særlig høj grad af social kapital samt en høj sundhedsgrad i nærværende undersøgelse, da dette *dagligt/ugentligt* praktiseres af *De ældre med høj social kapital*.

Ligeledes viser en anden tidligere nævnt undersøgelse af Poortinga (Poortinga 2002b), at et højt niveau af social support, en høj grad af generaliseret tillid og deltagelse i frivilligt arbejde medfører et godt selv vurderet helbred. Indikatoren på selv vurderet helbred forekommer ikke overrepræsenteret i alle klynger i specialet, men det fremgår dog, at *De unge med mange relationer* - som generelt har et godt helbred og oplever en høj grad af social support - er overrepræsenteret af individer, som vurderer eget helbred som *fremragende* og *vældig godt*. Ligeledes er *De ældre med høj social kapital* - som associeres med en særlig høj grad af social kapital, generel tillid, *daglig* deltagelse i frivilligt arbejde o.l. og en høj grad af støtte - også associeret med individer, som vurderer eget helbred som *Fremragende*, mens *Den midaldrende befolkning* er underrepræsenteret af individer, som kategoriserer eget helbred som *fremragende*, *mindre godt* eller *dårligt*. I relation til de to underprivilegerede grupper er *De isolerede borgere* karakteriseret ved *mindre godt* og *godt* selv vurderet helbred - som yderligere har et dårligt helbred, *aldrig* deltager i frivilligt arbejde o.l. samt en lav grad af social kapital - mens *De unge med lav tillid* kun er underrepræsenteret ved et *vældig godt*

selvvurderet helbred. Der kan således kun ses et nogenlunde tilsvarende mønster hos *De unge med mange relationer*, *De ældre med høj social kapital* og *De isolerede borgere*.

I lighed med helbred ses der også en ulige fordeling i livsstil mellem grupperne. Hvor *De ældre med høj social kapital* lever i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil. Dét at denne klynge ligeledes er overrepræsenteret af *eks-rygere* viser, at disse borgere ændre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, helt i tråd med sundhedskampagner – hvilket også er gældende for *Den midaldrende befolkning*. Det antages at *De ældre med høj social kapital* spiser sundt, er i fysisk god form samt har et sundt forhold til rygning og alkohol, da de ved, at det er godt for dem, og har denne livsstil for sundhedens skyld. Det kan formodes, at *De ældre med høj social kapital*, der også er associeret med en *mellemlang videregående uddannelse*, som orienterer sig i forhold til viden på arbejdslivet - eller som tidligere har gjort det – også gør det i hverdagslivet, og derfor prioriterer en sundhedsrelateret livsstil på baggrund heraf. Borgere i denne klynge kan derfor forventes at være særlig modtagelige overfor oplysningskampagner om sundhed samtidig med, at det også ofte er disse borgere, sundhedskampagnerne retter sig mod.

De isolerede borgere lever derimod ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil, da gruppen er karakteriseret ved *dagligdagsrygere*, et *usundt kostindtag* og *fysisk inaktivitet*. *De isolerede borgere* er ressourcesvage, og har derfor i modsætning til *De ældre med høj social kapital* færre ressourcer til at ændre sundhedsadfærd, ligesom det kan forestilles, at gruppen, som er associeret med *ingen erhvervsuddannelse*, ikke er vant til at orientere sig i forhold til viden, og derfor heller ikke orientere sig i forhold til den eksisterende sundhedsviden.

Ifølge Bourdieu kan der skelnes mellem to grundlæggende forskellige tilgange til mad blandt sociale grupper. I det ene tilfælde anses mad for at være en *nærende 'substans'*, som kan give kroppen kraft og styrke. Denne tilgang vil oftest være forbundet med lav social position, hvorimod ressourcestærke borgere differentierer "*sand frihed og diskret askese som overholdelse af en selvvalgt regel*" (Larsen 2010: 71). Borgere med lav social position er tættere knyttet til den materielle nødvendighed, og dermed konkrete eksistensbetingelser, hvor dette er træk som fortrænges hos de ressourcestærke borgere, hvor handlingen blot ses som et valg. Der kan således ses to helt grundlæggende forskellige tilgange til kosten hos *De isolerede borgere* og *De ældre med høj social kapital*.

Selvom *De isolerede borgere* generelt har en usund livsstil forekommer det dog også karakteristisk for klyngen *aldrig* eller *sjældent* at drikke sodavand mv. samt *aldrig* at drikke mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Hertil kan *De isolerede borgers* etniske baggrund muligvis være af betydning, da klyngen som nævnt er underrepræsenteret af en dansk etnisk baggrund. Det er således muligt, at der kan være tale om

en kulturel forklaring, som afholder borgerne fra at indtage mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Ligeledes kan den begrænsede indtagelse af sodavand mv. formentlig også finde sin forklaring ved forekomsten af diabetes blandt borgere med en anden etnisk baggrund end dansk. Flere udenlandske og danske undersøgelser peger på en større forekomst af diabetes blandt grupper af etniske minoriteter, herunder bl.a. pakistanere, tyrkere, palæstinensere og somaliere, end blandt etnisk danskere (Schläger et al. 2005: 9, 49-50 og Eliasson & Boström 2006). En svensk undersøgelse af Per E. Wändell og Catharina Gåfvæls fra 2006 viste, at forekomsten af diabetes blandt ikke-vestlige immigranter i aldersgruppen 35-64 bosiddende i Stockholm var 3 gange højere end forekomsten af diabetes blandt svenskfødte (Wändell & Gåfvæls 2006). Er det således tilfældet, at flere af *De isolerede borgere* har diabetes og er bevidste herom, ses der en naturlig sammenhæng med ikke at indtage sukkerholdige drikke. Det er dog også muligt, at *De isolerede borgere* i lighed med *De ældre med høj social kapital* tilrettelægger en sundhedsrelateret livsstil i relation til alkohol og indtagelse af sodavand mv. Dette virker dog usandsynlig i forhold til de øvrige sundhedspraktikker, som indikerer en usund livsstil.

Som nævnt fremgår der også en ulige fordeling i sundhedsadfærden blandt *De unge med mange relationer* og *De unge med lav tillid*, hvor *De unge med lav tillid* har en usund sundhedsadfærd på alle fronter, idet gruppen er associeret med et *usundt* kostindtag, indtager sodavand mv. *5 til 7 gange om ugen, dagligdagsrygere, fysisk inaktivitet* og indtager *ugentligt* mere end 5 genstande ved samme lejlighed. I lighed med *De isolerede borgere* er *De unge med lav tillid* ressourcessvage, og har derfor ikke de fornødne ressourcer til at føre en sund livsstil. Modsat forekommer *De unge med mange relationers* livsstil (nogenlunde) i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil. For *De unge med mange relationer* kan dét, at dyrke motion være en måde at koble af på. Det kan dog også forestilles, at denne gruppe er fysisk aktive, da de ved, at det er sundt og godt for dem, og derfor dyrker motion for sundhedens skyld, ligesom gruppen også er associeret med at være *ikke-ryger (aldrig røget)*. Gruppen er dog også karakteriseret ved *ugentligt* eller *månedligt* at indtage mere end 5 genstande ved samme lejlighed, samt spise fastfood *1 til 2 gange om ugen* og drikke sodavand mv. *1 til 2 gange* eller *3 til 4 gange om ugen*. Disse indikatorer på en usund livsstil antages at finde sin forklaring i gruppens unge alder, da *De unge med lav tillid* har et tilsvarende usundt forhold til disse livsstilsindikatorer modsat *De isolerede borgere* og *De ældre med høj social kapital*. Hertil viser Sundhedsprofilen 2010 for hele Region Nordjylland, at lidt under hver 10. borger i Region Nordjylland har et højrisikoforbrug af alkohol, og andelen er størst blandt de 16-24årige (Pedersen et al. 2011: 7).

Det fremgår således, at der forekommer forskelle på aalborgensernes sundhedsgrad og sociale kapital blandt de forskellige grupper. I en bourdieusk optik har den ulige fordeling af social kapital betydning for

indviders muligheder og ressourcer til at klare sig og herindunder leve en sund tilværelse. Dette skal ved hjælp af borgernes forskelle i habitus i høj grad ses som en afspejling af individernes sociale position i det sociale rum for social kapital end individuelle og rationelle valg. Indenfor et givent felt har individet ud fra dets habitus en viden om, hvordan det skal agere i det sociale rum i overensstemmelse med dets position i forhold til de forskellige praktikker. Ved at søge mod situationer, som bekræfter tidligere praktikker, sikres den enkeltes habitus stabilitet, og forsøger at afholde sig fra situationer, som udfordrer dets habitus. På denne måde placerer individet sig ubevidst i felter blandt ligestillede, hvor der kan opnås optimal anerkendelse (Bourdieu & Wacquant 1996: 113). At *De isolerede borgere* og *De unge med lav tillid* således er kendetegnet ved en lav grad af social kapital, mangel på overskud, et generelt dårligt fysisk samt psykisk helbred og overordnet ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger for en sund livsførelse, er således ikke nødvendigvis et bevidst valg af borgerne, men er delvist videreført fra tidligere generationer via habitus. Et godt helbred og en sundhedsadfærd såsom ikke at ryge, dyrke motion og spise sundt samt i de unges tilfælde, at afholde sig for alkohol, fastfood og sodavand, er således fremmede for *De isolerede borgere* eller *De unge med lav tillids* habitus, hvormed særligt disse borgere vil have det vanskeligt ved at efterleve Sundhedsstyrelsens normativer for en sund livsstil eller handle efter ny sundhedsinformation. Dette har således også den betydning, at sundhedsfremmende og forebyggende indsatser skal differentieres og målrettes den enkelte klynges position i feltet ud fra dennes perceptionskategorier. Da det som bekendt er de kapitalstærke borgere som i størst omfang ændrer sundhedsadfærd i en positiv retning samtidig med, at sundhedsinformationen fortrinsvist henvender sig til vidensorienterede borgere, bidrager dette til en øget social ulighed i sundhed.

6.8 Fremadrettede indsatser

Fremadrettet bør særligt grupperne *De isolerede borgere* og *De unge med lav tillid* være i Aalborg Kommunes søgelys ved sundhedsindsatserne for at fremme sundheden og livskvaliteten hos borgerne i disse grupper.

Aalborg Kommune har indenfor de seneste par år haft stor fokus på borgere med en ikke-vestlig baggrund og særligt bosiddende i Aalborg Øst i form af en bred vifte af aktiviteter og tilbud. Herunder også fokus på organisatoriske, kulturelle, professionelle og sociale netværk, hvilket nærværende speciale også kan understøtte et stort behov for ved grupperne *De isolerede borgere* og *De unge med lav tillid*. Der har blandt andet været etableret rygestopkurser i borgernes lokalområde med stor succes, som samtidig har haft en stor netværksskabende effekt.

Det vurderes dog, at der er behov for en indsats i relation til *De unge med lav tillid*, da der ikke eksisterer et tilbud på nuværende tidspunkt, som er målrettet de meget ressourcetsvage unge i Aalborg Øst med en ikke-vestlig baggrund. Fremadrettet bør der derfor konkret opprioriteres et netværksbaseret tilbud til *De unge med lav tillid*, som dermed vil kunne styrke den enkeltes sundhed og livskvalitet.

De isolerede borgere er ikke associeret med at bo i Aalborg Øst, men er kun underrepræsenteret ved at bo i Gug. For at fremme sundheden og livskvaliteten hos disse borgere bør en generel opmærksomhed mod sidde borgere i kommunen opprioriteres.

7. Opsamling og konklusion på specialet

Nærværende speciales formål har været at undersøge sammenhænge mellem social kapital og sundhed blandt borgere i Aalborg Kommune. Ved anvendelse af Sundhedsprofilen 2010 gældende for Aalborg Kommunes borgere kan det konkluderes, at der ses sammenhæng mellem borgernes sociale kapital og de 37 anvendte sundhedsindikatorer foruden de 6 sociale baggrundsfaktorer.

Efter konstruktion af et rum for social kapital undersøgt jeg fordelingen af sociale baggrundsfaktorer i rummet. Her afveg alle 6 indikatorer (økonomisk kapital, kulturel kapital, etnicitet, alder, civilstatus og lokalitet) moderat eller stort i rummet, hvormed de er relateret til social kapital.

Derefter foretog jeg en klyngeanalyse, hvor jeg udarbejdede 5 idealtypiske grupper af aalborgensiske borgere, hvor forskellene i social kapital synes at spille sammen med forskellene i sundhed. Dette vedrører grupperne *Den midaldrende befolkning*, *De ældre med høj social kapital*, som står i modsætning til *De isolerede ældre* og *De unge med mange relationer*, som står i opposition til *De unge med lav tillid*.

De ældre med høj social kapital er associeret med *høj* tillid på alle fronter, *delvis* høj bridging- og bonding social kapital samtidig med at gruppen også er associeret med en *høj* støtte samt *stærk* tilknytningsfølelse til lokalområdet og en *daglig* deltagelse i foreningslivet/frivillige aktiviteter o.l. Derudover ses der ved denne gruppe med høj social kapital en sammenhæng med bl.a. at være karakteriseret ved *for det meste* at føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, *ikke* at være generet af træthed, *ikke* vurdere sig ængstelig eller deprimeret og *aldrig* opleve stress. Gruppen er således karakteriseret ved et godt helbred på alle fronter, ligesom gruppen også er associeret med en livsstil i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil, da *De ældre med høj social kapital* bl.a. *sjældent/aldrig* indtager sodavand mv., fastfood og mere end 5 genstande ved samme lejlighed, samtidig med, at gruppen også er overrepræsenteret af *eks-rygere*. Sociale relationers positive betydning for sundheden kan begrundes med, at sociale relationer giver den enkelte støtte, som virker som en "buffer" imod dårligt helbred og livsstil eller virker fremmende for den enkeltes sundhed igennem en ressourceeffekt.

Modsat er *De isolerede ældre* associeret med *lav* personlig, generel og institutionel tillid samt underrepræsenteret af *høj* specifik tillid. Derudover er det karakteristisk for denne gruppe at være lav på alle fronter af netværksdimensionen. Sammenhængen mellem gruppens lave grad af social kapital og sundhed ses ved også at være associeret med bl.a. *af og til* eller *næsten aldrig* at være frisk nok til at gennemføre det ønskede, være *meget* generet af træthed, vurderer sig *moderat* ængstelig eller deprimeret og oplever *ofte* eller *meget ofte* stress. Gruppen er således karakteriseret ved et mindre godt eller dårligt helbred på alle fronter samt en sundhedsadfærd som karakteriseres som usund, da *de isolerede borgere* bl.a. har et *usundt* kost-

indtag, er *dagligdagsrygere* og *fysisk inaktive*. Dog er det hertil bemærkelsesværdigt, at denne gruppe også er karakteriseret ved *aldrig* at drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed eller *sjældent/aldrig* at indtage sodavand mv. Dette kan muligvis finde sin forklaring i borgernes etniske baggrund, som er underrepræsenteret ift. en dansk etnisk baggrund.

De unge med mange relationer, som karakteriseres som ressourcestærke, er (forholdsvis) privilegerede angående social kapital, med *moderat* generel tillid samt tillid til kolleger, *høj* personlig og institutionel tillid men *lav* tillid til personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde. Ligeledes forekommer det karakteristisk for *De unge med mange relationer* at have relationer, som både har *getting by* og *getting ahead* karakter, *høj* støtte men deltager dog *aldrig* i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lignende. Sammenhængen mellem gruppens (forholdsvis) høje social kapital og sundhed ses ved, at gruppen også er associeret med *for det meste* føler sig friske nok til at gennemføre det ønskede, *ikke* at vurdere sig ængstelig eller deprimeret og *ikke* at have nået mindre end ønsket pga. følelsesmæssige problemer, hvilket indikerer, at gruppen er præget af et godt helbred. Dog er *De unge med mange relationer* samtidig også karakteriseret ved 'kun' *det meste af tiden* at føler sig rolig og afslappet, hvilket antages at have en sammenhæng med at gruppen kan være truet af stress, da de ligeledes er karakteriseret ved *lidt* generet af træthed, *lidt* belastet af egen bolig-situation, *lidt af tiden* trist til mode og oplever *næsten aldrig* stress. Gruppen er dog generelt præget af overskud og et godt helbred, men er samtidig også truet af stress. Ligeledes har gruppen en livsstil som (nogenlunde) stemmer overens med Sundhedsstyrelsens normativer for en sund livsførelse, idet *De unge med mange relationer* er associeret med at være *ikke-ryger (aldrig røget)*, dyrker *motionsidræt* eller *konkurrenceidræt* og vurderer egen fysik form som *god*. Dog ses der samtidig et forbrug af sodavand mv. *1 til 2* samt *3 til 4 gange om ugen*, indtagelse af fastfood *1 til 2 gange om ugen* og *ugentligt* eller *månedligt* indtagelse af mere end 5 genstande ved samme lejlighed.

I modsætning hertil findes *De unge med lav tillid*, som fremstår ressource svage og underprivilegerede ift. social kapital. *De unge med lav tillid* er associeret med en *lav* grad af tillid på alle fronter, en *lav* grad af støtte, *aldrig* deltagelse i foreningsliv/frivilligt arbejde men samtidig både en *lav* og *høj* grad af kontakt til relationer, som har *getting by* og *getting ahead* karakter. Det forekommer bemærkelsesværdigt, at gruppen *ugentligt* er i kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden, samt *dagligt* med venner, da gruppen ligeledes er associeret med en lav grad af social kapital på de øvrige områder. Disse relationer tyder derfor ikke på, at have en støttende, tillidsskabende eller sundhedsfremmende funktion for gruppen. Derimod kan det være muligt, at relationerne kan have en negativ indflydelse på de unges sundhed, hvor relationerne fastholder gruppen i en sundhedsrisiko. Er dette tilfældet kan det således være muligt, at se social kapital som en ressourceeffekt i en negativ retning. Sammenhængen mellem social kapital og sundhed ses hos

denne gruppe ved ligeledes at være karakteriseret ved bl.a. *af og til* eller *næsten aldrig* at føle sig friske nok til at gennemføre det ønskede, *meget generet* af træthed, at vurdere sig *moderat* ængstelig eller deprimeret og *meget ofte* at opleve stress. Dvs. et dårlig helbred – såvel psykisk som fysisk. Ligeledes er *De unge med lav tillid* associeret med en usund sundhedsadfærd, da gruppen bl.a. er overrepræsenteret af individer, som er *fysisk inaktive*, har et *usundt* kostindtag, drikker sodavand mv. *5 til 7 gange om ugen*, spiser fastfood *1 til 2 gange om ugen*, er *dagligdag rygere* og indtager *ugentligt* mere end 5 genstande ved samme lejlighed.

Foruden de 4 klynger forekommer også en gennemsnitsklynge – *Den midaldrende befolkning* – som de øvrige 4 klynger differentierer sig fra, da denne indtager en central position i midten af rummet for social kapital med små afvigelser fra gennemsnittet. Denne klynge er overordnet karakteriseret ved *moderat* institutionel og specifik tillid, *høj* generel tillid, *høj* støtte, deltager *sjældent* i frivillige aktiviteter mv. og har jævnligt kontakt til relationer, som har getting by effekt (familie og venner), men både *sjældent* (kolleger eller studiekammerater) og *ugentligt* (naboer eller beboere i lokalområdet) ved kontakt til relationer, der har getting ahead karakter. Dette kan tyde på, at der lænes mere op af de lokale fællesskaber ved mindre kontakt til kolleger eller studiekammerater i fritiden. Ligeledes er gruppen associeret med *for det meste* at føle sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, *ikke generet* af træthed, *ikke* vurdere sig deprimeret, men oplever dog *næsten aldrig* stress. Gruppen er således præget af et godt helbred på alle fronter, men oplever dog en sjældent gang imellem stress. På samme måde har gruppen også en livsstil som er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil, da gruppen *sjældent/aldrig* drikker sodavand mv., indtager fastfood og dyrker *lettere motion*.

Samlet set kan det konkluderes, at der fremstår en tydelig sammenhæng mellem social kapital og sundhed i Aalborg Kommune indenfor de konstruerede 5 klynger af aalborgensiske borgere. Aalborgensere med lav personlig, specifik, generel og institutionel tillid, lav kontakt med familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet samt studiekammerater eller kolleger i fritiden, lav støtte samt tilknytning til lokalområdet og *aldrig* deltagelse i foreningsliv/frivillige aktiviteter har større risiko for bl.a. *ikke* at føle sig frisk nok til at gennemføre det ønskede, være generet af træthed, føle sig trist til mode, opleve stress, vurdere sig *moderat* ængstelig eller deprimeret, være *dagligdagsryger*, *fysisk inaktiv*, og vurdere egen fysisk form som *mindre god* eller *dårlig*. Dette ift. aalborgensere med høj personlig, specifik, generel og institutionel tillid, høj kontakt med familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet samt studiekammerater eller kolleger i fritiden, høj støtte samt tilknytning til lokalområdet og *daglig/ugentlig* deltagelse i foreningsliv/frivillige aktiviteter. Det ses således i en bourdieusk optik, at der forekommer forskelle på aalborgensernes sociale kapital og sundhedsgrad blandt de forskellige grupper. Dette skal ved hjælp af borgernes forskellige habitus

i høj grad ses som en afspejling af individernes position i det sociale rum for social kapital end individuelle og rationelle valg. Nærværende speciale kan således - foruden fremhæve social kapital som en vigtig komponent i relation til mennesker sundhed – også vise at den specifikke sammensætning af social kapital sammenholdt med den specifikke livsstil og det specifikke helbred, som er associeret hermed, kan bidrage med et mere nuanceret billede af samspillet mellem social kapital, livsstilsstrukturer og helbred.

8. Referencer

Aalborg Kommune (2012): *Sundhedspolitik 2012-2014*. Aalborg: Aalborg Kommune.

Avlund, Kirsten, Mogens Trab Damsgaard & Bjørn E. Holstein (1998): *Social Relations and mortality – an eleven years follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark*. Social Science & Medicine, vol. 47, No. 5: 635-643.

Baum, Frances E., Robert A. Bush, Carolyn C. Modra, Charlie J. Murray, Eva M. Cox, Kathy M. Alexander & Robert C. Potter (2000): *Epidemiology of participation: an Australian community study*. Journal of Epidemiology Community Health 414 2000; 54: 414-423.

Bennett, Tony, Mike Savage, Elizabeth Silva, Alan Warde, Modesto Gayo-Cal & David Wright (2009): *Culture, Class, Distinction*. Abingdon: Routledge. 58-71.

Berger, Peter L. & Thomas **Luckmann** (2000): *Den samfundsskabte virkelighed – En videnssociologisk afhandling*. 2. udgave 4. oplag. København: Lindhardt og Ringhof.

Berkman, Lisa F. & Leonard s. **Syme** (1979): *Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda Country residents*. America Journal of Epidemiology 1979; 109: 186-204.

Bourdieu, Pierre (1986): "The Forms of Capital" i *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* af John G. Richardson. New York: Greenwood Press.

Bourdieu, Pierre (1995): *Distinksjonen – en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag

Bourdieu, Pierre & Loïc J. D. **Wacquant** (1996): *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, Pierre (2005): *Viden om viden og refleksivitet – forelæsninger på Collège de France 2000-2001*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, Pierre (2007): *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brown, George & Tirril **Harris** (1978): *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.

Bryman, Alan (2004): *Social Research Methods*. 2. udgave. New York: Oxford University Press.

Börjesson, Mikael (2009): "Om kunsten at konstruere sociale grupper" i Ole Hammerslev, Jens Arnholtz Hansen & Ida Willig (red.): *Refleksiv sociologi i praksis – Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.

Caderberg, Maja (2012) *Migrant network and beyond: Exploring the value of the notion of social capital for making sense of ethnic inequalities*. *Acta Sociological*, 55(1) marts, 59-72. Los Angeles: SAGA Publications.

Christensen, Anne Illemann, Maria Sevarin, Teresa Holmberg, Louise Eriksen, Mette Toftager, Anna Zachariassen, Ola Ekholm, Janne Schurmann Tolstrup, Morten Grønbæk & Tine Curtis (2009): *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Christensen, Anne Illemann, Michael Davidsen, Ola Ekholm, Stig Eiberg Hansen, Maria Holst og Knud Juel (2011): *Den nationale Sundhedsprofilundersøgelse 2010 – Hvordan har du det?* København: Sundhedsstyrelsen.

Coleman, James S. (1990): *Foundation of social theory*. London: The Belknap Press of Harvard University Press.

Danmarks Statistik (2012a): *Befolkningens højeste fuldførte uddannelse (15-69 år) efter område, herkomst, uddannelse, alder og køn*. Statistikbanken. Lokaliseret d. 31. juli 2012:
<http://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>

Danmarks Statistik (2012b): *Folketal den 1. kvartal efter kommune, køn, alder, civilstand, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab*. Statistikbanken. Lokaliseret d. 31. juli 2012:
<http://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>

Danmarks Statistik (2011c): *Piger flyver først fra reden*. Nyt fra Danmarks Statistik nr. 243, 26. maj. Unge der flytter 2010 – Befolkning og valg. Lokaliseret d. 13. juli. 2012:
http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR243_1.pdf

Daszykowski, M, B. Walczak & D. L. Massart (2004): *Density-based clustering for exploring of analytical data*. *Analytical and Bioanalytical Chemistry*, Vol. 380, nr. 3; 370-372.

De Vaus, David (2007): *Research Design in Social Research*. London: SAGA Publications.

De Vaus, David (2002): *Surveys in Social Research*. 5th edition. London: Routledge.

- Diderichsen**, Finn (2011): "Ulighed i sundhed" i *Medicinsk sociologi – sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, 2. udgave, af Rikke Lund, Ulla Christensen og Lars Iversen. København: Munksgaard Danmark.
- Diderichsen**, Finn, Ingelise Andersen & Celie Manuel (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Due**, Pernille & Bjørn **Holstein** (red.) (2007): "Sociale relationer og sundhed" i Finn Kamper Jørgensen & Gert Almind: *Forebyggende Sundhedsarbejde*. 4. udgave. København: Munksgaard Danmark.
- Ejernæs**, Morten (2008): *Pædagoger, forskere og diskursen om social arv*. Tidsskrift for Socialpædagogik 2008 nr. 21, (6-13).
- Eliasson**, Mats & Gunnar **Boström** (2006): *Major public health problems – diabetes*. Scandinavian Journal of Public Health, 34 (suppl 67): 59-68.
- Forebyggelseskommissionen** (2009): *Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. April. København: Forebyggelseskommissionen.
- Frederiksen**, Morten (2011): "Uddannet til tillid" i Peter Gundelach (red.): *Små og store forandringer - Dan- skernes værdier siden 1981*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Giles**, Lynne C., Garry F. V. Glonek, Mary A. Luszcz og Gary R. Andrews (2005): *Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging*. Journal of Epidemiology Community Health 2005;59: 574–579. doi: 10.1136/jech.2004.025429.
- Granovetter**, Mark S. (1973): *The Strength of Weak Ties*. American Journal of Sociology. Vol. 78, nr. 6, May; 1360-1380.
- Halpern**, David (2005): *Social Capital*. Cambridge: Policy Press.
- Hegedahl**, Poul & Sara Lea **Rosenmeier** (red.) (2007): *Social Kapital – som teori og praksis*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Høyen**, Marianne (2010): *Introduktion til korrespondanceanalyse*. Metodeserie for Social- og Sundhedsvi- denskaberne, Bind 3. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Høyen**, Marianne (2004): *Korrespondanceanalyse*. København: Akademisk Forlag.

Jensen, Kristina (2011): *Rygestopaktiviteter på ungdomsuddannelserne i Aalborg Kommune*. 26-09-2011, sags nr.: 2011-49060, Dok. nr.: 2011-299806. Aalborg Kommune.

Jensen, Bente, Kristian Larsen, Peter Koudahl & Gry Andsager (2007): *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. 1. udgave, 2. oplag. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Johnell, Kristina, Nils-Ove Månsson, Jan Sundquist, Arne Melander, Göran Blennow og Juan Merlo (2006): *Neighborhood social participation, use of anxiolytic-hypnotic drugs, and women's propensity for disability pension: a multilevel analysis*. Scandinavian Journal of Public Health, 2006, 34: 41-48.

Juel, Knud (2010): *Aldersgruppens uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau spiller ind på ældres men ikke yngres alkoholvaner*. Ugens tal for folkesundhed, uge 50. Statens institut for folkesundhed, lokaliseret d. 2. juli 2012: http://www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/50_2010.aspx

Jæger, Mads Meier (2003): *Korrespondanceanalyse – et sociologisk værktøj*. Socialforskningsinstituttet.

Kaufman, Leonard & Peter J. Rousseeuw (2005): *Finding Groups in Data – An introduction to Cluster Analysis*. New Jersey: Wiley Interscience

Kawachi, Ichiro, Rachel Gold, Bruce Kennedy & Fred Connell (2002): *Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway*. Health & Place 8, 77-83.

Kawachi, Ichiro, Kimberly A. Lochner, Robert T. Brennan & Stephen L. Buka (2003): *Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago*. Social Science & Medicine 56, 1797-1805.

Kjøller, Mette, Knud Juel & Finn Kamper-Jørgensen (red.) (2007): *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. København: Statens institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Larsen, Kristian (2009): "Kroppe – sundhed og social ulighed" i *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, af Stinne Glasdam (red.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Larsen, Kristian (2010): "Pierre Bourdieu" i Pernille Tanggaard Andersen & Helle Timm: *Sundheds sociologi – En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Eva Ladekjær & Pernille Tanggaard Andersen (2011): "Kan tillid helbrede? Sundhed og sygdom set fra et tillidsperspektiv" i Paul Hegedahl & Gunnar L. H. Svendsen (red.): *Tillid – samfundets fundament. Teorier, tolkninger og cases*. Odense: Syddansk Universitet.

Lebart, Ludovic (1993): "Complementary Use of Correspondance Analysis and Cluster Analysis" i Michael J. Greenacre & Jörg Blasius (red.): *Correspondance Analysis in the Social Science: Recent Developments and Applications*. San Diego: Academic Press. 162-178.

Le Roux, Brigitte & Henry **Rouanet** (2010): *Multipel Correspondance Analysis*. Quantitative Applications in the Social Sciences. Los Angeles: SAGE Publications.

Li, Yaojun, Andrew Pickles & Mike Savage (2005): *Social Capital and Social Trust in Britain*. European Sociological Review. Vol. 21, nr. 2, april; 109-123.

Little, Craig B. (2007): "Social Capital and Health". Opslag i *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. George Ritzer.

Luszuz, Mary (2006): *The Australian Longitudinal Study of Ageing – 15 years of ageing in South Australia*. Finders University, Centre for Aging Studies og Government of South Australia, department for Families and Communities.

Nyqvist, Fredrica Fjalar Finnäs, Gunborg Jakobsson & Seppo Koskinen (2008): *The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland*. Health & Place 14; 347-360.

OECD-ilibrary (2012): *Trust*. Lokaliseret d. 29. juni 2012: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/soc_glance-2011-en/08/01/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/soc_glance-2011-26-en&containerItemId=/content/serial/19991290&accessItemIds=/content/book/soc_glance-2011-en&mimeType=text/html

Otto, Lene (2009): "Sundhed i praksis" i Stinne Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck

Pedersen, Jane, Karina Friis, Anne Rytter Asferg, Michael Falk Hvidbjerg, Anker Lund Vinding & Kathrine Jensen (2011): *Sundhedsprofil 2010 – Trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland*. Aalborg: Region Nordjylland.

Poortinga, Wouter (2006a): *Social capital an individual or collective resource for health?* Social Science and Medicine 62; 292-302.

Poortinga, Wouter (2006b): *Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital*. Social Science and Medicine 63; 255-270.

- Portes, Alejandro** (1998): "Social capital: its origins and applications in Modern Sociology" i *Annual Review of sociology*, vol. 24: 1-24.
- Prieur, Annick & Lennart Rosenlund** (2009): "At konstruere et socialt rum" i Ole Hammerslev, Jens Arnholtz & Ida Willig (red.): *Refleksiv sociologi i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, Annick & Lennart Rosenlund** (2010): *Kulturelle skel i Danmark*. Dansk Sociologi, Vol 21. nr. 2 [47-77].
- Prieur, Annick & Carsten Sestoft** (2006): *Pierre Bourdieu – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Putnam, Robert D.** (1993): *Making Democracy Work – Civic Traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press
- Putnam, Robert D.** (2000): *Bowling alone – the collapse and revival of American Community*. New York: Simon Schuster Paperbacks.
- Rasmussen, Niels Kr.** (1999): *Social arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges?* Arbejdspapir 17 om social arv, August. København: Socialforskningsinstituttet.
- Rasmussen, Mette** (2004): "Unge og rygning" i Per Schultz Jørgensen, Bjørn E. Holstein & Pernille Due (red.): *Sundhed på Vippen – en undersøgelse af de store børns sundhed, trivsel og velfærd*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rasmussen, Niels Kr., Anette Johansen & Mette Madsen** (2007): "Social arv og sundhed" i Niels Ploug (red.): *Social arv og social ulighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Regeringen** (2011): *Et Danmark der står sammen*, regeringsgrundlag oktober.
- Robles, Theodore F. & Janice K. Kiecolt-glaser** (2003): *The physiology of marriage: pathways of health*. Physiology & Behavior 79, 409-416.
- Rosenlund, Lennart** (1995) *Korrespondanceanalyse. Dataanalysens magiske øye*. Sociologisk tidsskrift nr. 1, 55-78.
- Rostila, Mikael** (2011): *A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept?* Social Theory & Health vol. 9, 2, 109-129.
- Schläger, Ditte, Niels Kr. Rasmussen & Mette Kjøller** (2005): *Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang*. Arbejdsnotat. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Scocozza, Lone (2009): "Folkesundhed eller moralsk oprustning?" i Stinne Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Seeman, Teresa E. (1996): *Social ties and health: The benefits of social integration*. Annals of Epidemiology, vol. 6, nr. 5. September: 442-451.

Skjøtt-Larsen, Jakob (2008): *Klasse, kultur og politik: Social differentiering i det postindustrielle Aalborg*. Ph.d. - afhandling. Aalborg: Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, AAU.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Sæt proppen i og lad dit lys brænde længere*. TV-spot. Lokaliseret d. 12. februar 2012: <http://www.sundhedsstyrelsen.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2012): *Sundhedsstyrelsens 7 udmeldinger om alkohol*. Lokaliseret d. 24. maj 2012: <http://www.sundhedsstyrelsen.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx>

Sund, Erik R. & Steinar **Krokstad** (2011): "Social kapital" i Rikke Lund, Ulla Christensen & Lars Iversen (red.): *Medicinsk sociologi – sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 1. oplag, 2. udgave. København: Munksgaard Danmark.

Svendsen, Gert Tinggaard & Gunnar Lind Haase **Svendsen** (2006): *Social Kapital – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

The BMS (Karl M. van Meter, Marie-Ange Schiltz, Philippe Cibois & Lisa Mounier) (1994): "Correspondance Analysis: A History and French Sociological Perspective" i Michael J. Greenacre & Jörg Blasius (red.): *Correspondance Analysis in the Social Sciences: Recent Developments and Applications*. San Diego: Academic Press.

Veenstra, Gerry (2000): *Social capital, SES and health: an individual-level analysis*. Social Science & Medicine 50 (2000) 619-629.

Vinther-Jensen, Kirsten & Claus Vinther **Nielsen** (2004): "Sundhedsfremme og forebyggelse" i Niels Michelsen, Britt Toftgård Jensen & Claus Vinther Jensen: *Klinisk Socialmedicin*. 1. udgave, 3. oplag. København: FADL's Forlag.

Widding, Marie Louise (2003): *Social kapital – Indsigt og faldgruber*. Rådgivende Sociologier, November 2003. Lokaliseret d. 19. april 2012: <http://www.socialkapital.dk/indsigterogfaldgrupper.html>

World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.*

Wändell, Per E. & Catharina Gåfvels (2006): *High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden.* Primary Care Diabetes. 13-16.

9. Bilagsoversigt

Bilag 1 - Region Nordjyllands sundhedsprofilundersøgelse 2010 (se vedlagte CD)

Oplysninger om undersøgelsens dataindsamlingsproces, stikprøve, repræsentativitet og bortfald

Bilag 2 - Metodisk uddybning (se vedlagte CD)

Udførlig gennemgang af metoderne

Bilag 3 – Tillæg til problemer i databehandlingen (se vedlagte CD)

Gennemgang af sammenligninger

Bilag 4 - Kostscore (se vedlagte CD)

Kodning af kostscore

Bilag 5 - Frasorterede supplementærpunkter (se vedlagte CD)

Frasorterede passive variable i analysen

Bilag 6- Rummet for social kapital (trykt sidst i specialet)

Udeladte resultater af analysen

Bilag 7 - SPAD output for MCA'en (se vedlagte CD)

Word dokument

Bilag 8 - Klyngeanalysen (trykt sidst i specialet)

Oversigt over klynger

Bilag 9 – SPAD output for klyngeanalysen (se vedlagte CD)

Excel fil og Word dokument

Bilag 10 - SPSS syntax (se vedlagte CD)

Word dokument

Bilag 6 – Rummet for social kapital

Dette bilag har til hensigt at fungere som et tillæg til første del af analysen – korrespondanceanalysen. Først vises en variabeloversigt for specialets aktive variable inklusive frekvensfordeling, hvorefter modaliteternes bidrag til den overordnede varians i skyen undersøges efterfulgt af beregningerne for den modificerede varians. Derefter undersøges individskyen i MCA'en og afslutningsvist undersøges, hvor meget tillids- og netværksdimensionen udgør af hele variansen langs 1. og 2. akse.

Tabel 1 - Variabeloversigt for aktive variable med frekvensfordeling

Netværksdimensionen		N	%
Kontakt til familie (<i>kontakt_fam</i>)	Kon_fam_1/4 (Sjældnere end 1 gang om måneden)	236	5,57 %
	Kon_fam_2/4 (1 til 2 gange om måneden)	650	15,34 %
	Kon_fam_3/4 (1 til 2 gange om ugen)	1865	44,03 %
	Kon_fam_4/4 (Dagligt)	1485	35,06 %
	Total	4236	100 %
Kontakt til venner (<i>kontakt_ven</i>)	Kon_ven_1/4 (Sjældnere end 1 gang om måneden)	307	7,39 %
	Kon_ven_2/4 (1 til 2 gange om måneden)	961	23,12 %
	Kon_ven_3/4 (1 til 2 gange om ugen)	1763	42,42 %
	Kon_ven_4/4 (Dagligt)	1125	27,07 %
	Total	4156	100 %
Kontakt til kolleger eller studiekammerater i fritiden (<i>kontakt_kol_el_studie</i>)	Kon_kol/stud_1/4 (Sjældnere end 1 gang om måneden)	1374	40,93 %
	Kon_kol/stud_2/4 (1 til 2 gange om måneden)	759	22,61 %
	Kon_kol/stud_3/4 (1 til 2 gange om ugen)	647	19,27 %
	Kon_kol/stud_4/4 (Dagligt)	577	17,19 %
	Total	3357	100 %
Kontakt til naboer eller beboere i dit lokal-område (<i>kontakt_lok</i>)	Kon_lok_1/4 (Sjældnere end 1 gang om måneden)	1330	33,18 %
	Kon_lok_2/4 (1 til 2 gange om måneden)	864	21,55 %
	Kon_lok_3/4 (1 til 2 gange om ugen)	1195	29,81 %
	Kon_lok_4/4 (Dagligt)	620	15,47 %
	Total	4009	100 %
Regne med hjælp til praktiske problemer (<i>regne_med_hjaelp</i>)	Hjaelp_1/2 (Måske/nej)	709	16,84 %
	Hjaelp_2/2 (Ja, helt sikkert)	3501	83,16 %
	Total	4210	100 %
Nogen at tale med ved problemer (<i>nogen_at_tale_med</i>)	Tale_med_1/3 (Aldrig/nogle gange)	540	12,54 %
	Tale_med_2/3 (For det meste)	1151	26,74 %
	Tale_med_3/3 (Ofte)	2614	60,72 %
	Total	4305	100 %
Uønsket alene (<i>uoensket_alene</i>)	Uoensket_1/4 (Ja, ofte)	2045	47,51 %
	Uoensket_2/4 (Ja, engang imellem)	1266	29,41 %
	Uoensket_3/4 (Ja, men sjældent)	773	17,96 %
	Uoensket_4/4 (Nej)	220	5,11 %
	Total	4304	100 %
Deltagelse i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lign. aktiviteter (<i>deltag_lok_samf</i>)	Deltag_lok_samf_1/4 (Aldrig)	2279	54,46 %
	Deltag_lok_samf_2/4 (Sjældent)	791	18,90 %
	Deltag_lok_samf_3/4 (1 til 2 gange om måneden)	422	10,10 %
	Deltag_lok_samf_4/4 (Dagligt/ 1 til 2 gange om ugen ugentlig)	693	16,56 %
	Total	4185	100 %
Knyttet til lokalområdet (<i>knyttet_til_lok</i>)	Knyt_lok_1/3 (Nej, slet ikke/ikke specielt)	1032	24,11 %
	Knyt_lok_2/3 (Ja, til en vis grad)	1987	46,43 %
	Knyt_lok_3/3 (Ja, stærkt tilknyttet)	1261	29,46 %
	Total	4280	100 %
Tillidsdimensionen		N	%
Stoler på personer fra familie (<i>tillid_familie</i>)	Tillid_fam_1/2 (Stoler en del/ikke ret meget/overhovedet ikke på dem)	1023	24,28 %
	Tillid_fam_2/2 (Stoler helt og holdent på dem)	3191	75,72 %
	Total	4214	100 %

Stoler på personer, du arbejder sammen med (tillid_kolleger)	Tillid_kol_1/3 (Stoler ikke ret meget/overhovedet ikke på dem)	291	8,70 %
	Tillid_kol_2/3 (Stoler en del på dem)	2301	68,79 %
	Tillid_kol_3/3 (Stoler helt og holdent på dem)	753	22,51 %
	Total	3345	100 %
Stoler på personer fra din bebyggelse/kvarter/lokalområde (tillid_lok)	Tillid_lok_1/3 (Stoler ikke ret meget/overhovedet ikke på dem)	628	19,12 %
	Tillid_lok_2/3 (Stoler en del på dem)	2248	68,43 %
	Tillid_lok_3/3 (Stoler helt og holdent på dem)	409	12,45 %
	Total	3285	100 %
Stoler på personer du møder første gang (tillid_fremmede)	Tillid_frem_1/3 (Stoler overhovedet ikke på dem)	268	8,30 %
	Tillid_frem_2/3 (Stoler ikke ret meget på dem)	1044	32,32 %
	Tillid_frem_3/3 (Stoler helt og holdent/en del på dem)	1918	59,38 %
	Total	3230	100 %
Tillid til Sundhedsvæsenet (tillid_sundhedsvæsenet)	Tillid_sundh_1/3 (Ikke særlig stor/ingen tillid)	726	17,63 %
	Tillid_sundh_2/3 (Ganske stor tillid)	2815	68,37 %
	Tillid_sundh_3/3 (Meget stor tillid)	576	14,00 %
	Total	4117	100 %

Varians

Den overordnede varians i skyen beregnes ved $(K/Q)-1$, hvor K er antal modaliteter og Q er antal spørgsmål, dvs. $((46/14)-1) = 2,2857$. Den samlede varians i skyen er således et udtryk for forholdet mellem variable og modaliteter. For at finde ud af, om alle 14 spørgsmål bidrager lige meget til den overordnede varians i skyen, beregnes spørgsmålenes bidrag til den overordnede sky ved formlen:

$$Ctr_q = (K_q - 1) / (K - Q)$$

hvor K_q er antal af modaliteter i spørgsmålet, K er antal modaliteter og Q er antal spørgsmål.

I nedenstående tabel for spørgsmålenes bidrag fremgår det, at ikke alle spørgsmål bidrager lige meget til den overordnede varians i skyen for social kapital, hvilket kan grundes i forskel på antallet af modaliteter i de forskellige variable. Variable med højeste værdier bidrager naturligt mere end variable med mindste bidrag. Det er tilstræbt at bibeholde så mange af de oprindelige svarkategorier som muligt, for at undgå at forsimple variablene så meget som muligt.

Tabel 2 - Spørgsmålenes bidrag til den overordnede varians i skyen for social kapital

Netværksdimensionen		Modaliteters bidrag	Tillidsdimensionen		Modaliteters bidrag
Strukturelt aspekt	Kontakt med familie	0,09	Personlig tillid	Tillid til familie	0,03
	Kontakt med venner	0,09		Tillid til kolleger	0,06
	Kontakt med kolleger/studiekammerater	0,09	Generel tillid	Tillid til lok. samf.	0,06
	Kontakt med lok. samfund	0,09		Tillid til fremmede	0,06
Funktionelt aspekt	Hjælp til praktiske gøremål	0,03	Institutionel tillid	Tillid til sundhedsvæsenet	0,06
	Nogen at tale med ved problemer	0,06			
	Uønsket alene	0,09			
Aspekt omfattede sociale aktiviteter	Deltagelse i lok. samf.	0,09			
	Knyttet til lok. samf.	0,06			

I konstruktion af rummet for social kapital vurderes det indledningsvist, hvor mange akser eller dimensioner, der skal medtages i tolkningen af rummet. Dette vurderes ud fra de enkelte aksers egenværdi. Egenværdien giver udtryk for, hvor megen variation der opsummeres langt den enkelte akse. Eller med andre ord hvor meget den enkelte akse opfanger af den samlede inerti (Høyen 2010: 36). Den del af den samlede inerti, der opsummeres langs den første principalakse kaldes *principal inerti* og angives ved λ_1 , hvor nummereringen indikerer den enkelte akse (Le Roux & Rounet 2010: 26).

Da der i MCA forekommer en tendens til, at den samlede varians underdrives udregnes den modificerede varians for hver af de egenværdier, som overstiger gennemsnittet ($1/Q$, dvs. $1/14$ variable = 0,0714). Beregningen af den modificerede egenværdi beregnes ud fra formelen:

$$\lambda'_i = \left(\frac{Q}{Q-1} \right)^2 \left(\lambda_i - \frac{1}{Q} \right)^2$$

hvor Q er antallet af aktive variable der indgår i løsningen (Le Roux og Rouanet 2010: 39).

Det fremgår således af nedenstående tabel for modificerede egenværdier, at der er de første 13 akser, som overstiger gennemsnittet på 0,0714.

Tabel 3 – Modificerede egenværdier, modificerede rater og kumulerede modificerede rater

Number	Eigenvalue	Percentage	Cumulated percentage	Modified eigenvalue	Modified rates	Cumulated modified rates
1	0,1849	7,82	7,82	0,014928892	0,679491931	0,679491931
2	0,1257	5,32	13,14	0,003411926	0,15529458	0,83478651
3	0,1121	4,74	17,88	0,001922876	0,08752016	0,922306671
4	0,1010	4,27	22,16	0,001015207	0,046207362	0,968514033
5	0,0874	3,70	25,85	0,000294146	0,013388109	0,981902142
6	0,0853	3,61	29,46	0,000222075	0,010107778	0,99200992
7	0,0799	3,38	32,84	8,32816E-05	0,003790582	0,995800502
8	0,0778	3,29	36,13	4,7063E-05	0,002142082	0,997942585
9	0,0755	3,19	39,32	1,92296E-05	0,000875238	0,998817823
10	0,0752	3,18	42,50	1,63695E-05	0,000745061	0,999562884
11	0,0738	3,12	45,63	6,33049E-06	0,000288134	0,999851018
12	0,0731	3,09	48,72	3,26836E-06	0,00014876	0,999999778
13	0,0715	3,02	51,74	4,87419E-09	2,2185E-07	1
14	0,0703	2,98	54,72			
15	0,0684	2,89	57,61			
16	0,0674	2,85	60,46			
17	0,0668	2,82	63,28	0,021970669		

Hvor mange akser, der bør medtages i den videre analyse, er baseret på et fald i egenværdier, den kumuleret modificeret rate og ikke mindst så mange akser, som det fortolkningsmæssigt er meningsfuldt at medtage (Skjøtt-Larsen 2008: 63 og Le Roux & Rouanet 2010: 51-52).

Efter en undersøgelse af histogrammet for egenværdierne forekommer et naturligt stort "knæk" efter 1. aksens, et mindre efter 2. aksens og igen efter 4. aksens. Efter en undersøgelse af 3. aksens ses det, at 3. aksens

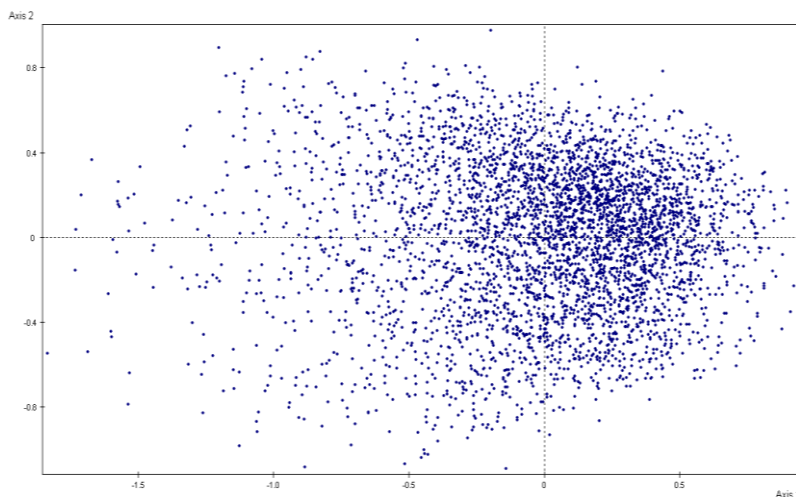
fortrinsvist er beskrevet af tillid til kolleger (20,4 pct.) og tillid til personer fra egen bebyggelse/kvarter/lokalområde (18,2 pct.), samtidig optræder *Guttman-effekten* tydeligt i et kort over 1. og 3. akse. 4. akse er derimod fortrinsvist beskrevet af kontakt til naboer eller andre i lokalområdet (18,2 pct.) samt hvorvidt den enkelte kan regne med hjælp til praktiske gøremål ved sygdom (13,9 pct.).

I MCA forekommer der en tendens til, at den samlede varians, der angives ved de første principalakser, underdrives. For at kompensere for dette, og dermed give et mere retvisende mål, udregnes den modificerede varians. På baggrund heraf fremgår det, at 67,9 pct. af variansen af den overordnede sky opsummeres langs 1. akse, mens 2. akse opsummerer yderligere 15,5 pct., 3. akse 8,8 pct. og 4. akse 4,6 pct. De første to akser bør således medtages i den videre analyse for dermed at medtage alle akser indtil 80 pct. af den samlede varians er forklaret (Le Roux & Rouanet 2010: 51-52). Dermed er 83,5 pct. af variansen forklaret i nærværende analyse.

Undersøgelse af individsky

Ud fra illustration af individernes placering i rummet for social kapital er det muligt at vurdere, hvorvidt akserne spreder individerne og dermed illustrer forskelle mellem individernes placering i rummet for social kapital. I nedenstående fremgår individskyen for 1. og 2. akse.

Kort 1 - Individsky for 1. og 2. akse



Det fremgår af individskyen for 1. og 2. akse, at individerne er centreret omkring origo (centrum) med en spredning mod venstre i figuren. Spredningen af individerne langs 2. akse er stærkest i venstre side af figuren. Denne spredning indikerer at akserne på denne side danner forskelle i individernes placering i rummet for social kapital. Når individerne er placeret langt fra hinanden skyldes det, at individerne har

angivet modsatrettede svar i de spørgsmål, der har relevans for akse. Modsat gælder for spredningen af individerne langs 2. aksens højre side, der derimod grupperer sig mere samlet.

Efter ovenstående belysning af individernes placering i rummet for social kapital, sættes der i det følgende fokus på fortolkning af principalakserne i rummet for social kapital.

Fortolkningerne af akserne i rummet for social kapital

For at give et helhedsbillede af, hvilke temaer der er dominerende mht. deres bidrag til hver af akserne, konstrueres en tabel for alle aktive variables bidrag til 1. og 2. akse fordelt på netværksdimensionen og tillidsdimensionens underinddelinger fra operationaliseringen. Det fremgår af nedenstående tabel 4, at både netværksdimensionen og tillidsdimensionen er stærkt repræsenteret langs 1. akse. Hvor tillidsdimensionen udgør 53,73 pct. af variansen udgør netværksdimensionen 46,29 pct. Langs 2. akse udgør netværksdimensionen den største andel af variansen med 80,79 pct., mens tillidsdimensionen kun udgør 19,21 pct. Desuden udgør det strukturelle aspekt den største andel af variansen langs 2. akse med 63,05 pct. Dette da det strukturelle aspekt bidrager mest til den overordnede varians i skyen for social kapital, jf. tabel 2.

Tabel 4 – Variablenes bidrag til 1. og 2. akse

	Akse 1	Akse 2
Netværksdimensionen	46,29	80,79
Strukturelt aspekt	13,06	63,05
Funktionelt aspekt	24,47	15,79
Aspekt omfattende sociale aktiviteter	8,76	1,95
Tillidsdimensionen	53,73	19,21
Personlig tillid	9,70	0,99
Specifik tillid	26,88	11,13
Generel tillid	11,66	6,51
Institutionel tillid	5,49	0,58
Total	100,2	100

For at kunne forstå hvor meget den enkelte kategori bidrager til den enkelte akse udregnes bidragsværdier, som også kaldes absolutte bidrag eller contributions-værdier. Bidragsværdierne udtrykker hvor stor en del af aksernes samlede varians, der kan henføres til en given modalitet. En bidragsværdi vil ligge mellem 0 og 1, hvor summen af alle bidragsværdierne for en akse vil være 1 (Høyen 2010: 35). Modaliteter med høje bidrag er således væsentlige for de oppositioner der opstår langs akserne. Bidrager den enkelte modalitet mere til den enkelte akse selv end gennemsnittet, er modaliteten forklarende, og dermed er der tale om en modalitet der har stor betydning for tolkningen af akse. Der fokuseres derfor på modaliteter i

analysen der bidrager over gennemsnittet, som i nærværende analyse er 2,2 pct.⁴ Disse er fremhævet i afsnit 5.2 *Fortolkning af akserne i rummet for social kapital* og danner i sammenspil med korrespondance-analyse kort udgangspunkt for fortolkningen af de 2 akser.

Bilag 8 – Klyngeanalyse

Dette bilag har til hensigt at give et overblik over kategorier fra de passive variable fordelt på de 5 klynger opgjort i pct. i klyngen og gennemsnit.

Nedenstående værdier indikerer derfor andelen af borgere i den pågældende gruppe, som har angivet det pågældende svar i pct. Værdier markeret med **sort** angiver en positiv testværdi, og dermed karakteristika som er overrepræsenteret ved den pågældende klynge. Modsat angiver værdier markeret med **rødt** en negativ testværdi, og dermed karakteristika som er underrepræsenteret ved den pågældende klynge. Værdier indikeret med **orange** indikerer en positiv testværdi, men medtages ikke som overrepræsenterede karakteristika ved den enkelte klynge i analysen, da der er prioriteret en forskel på minimum 3 pct. mellem kategorien i klyngen og gennemsnittet i datasættet.

Tabel 1 – Oversigt over kategorier fordelt på de 5 klynger opgjort i pct. i klyngen og i gennemsnit

		Den midaldrende befolkning (Pct.)	De unge med mange relationer (Pct.)	De ældre med høj social kapital (Pct.)	De isolerede borgere (Pct.)	De unge med lav tillid (Pct.)	Gnsnt. (Pct.)
Helbred							
Overordnet helbred	Selv vurderet helbred						
	<i>Fremragende</i>	9,30	17,95	17,20	4,79	-	11,67
	<i>Vældig godt</i>	41,47	48,97	-	22,56	32,60	39,55
	<i>Godt</i>	37,31	25,19	29,79	47,01	-	35,09
	<i>Mindre godt</i>	9,53	6,38	-	20,17	-	10,76
	<i>Dårligt</i>	1,71	0,76	-	5,13	5,21	2,29
	Føler sig frisk nok til at gennemføre det ønskede						
	Ja, for det meste	81,46	81,51	82,27	52,99	57,26	75,50
	Ja, af og til	12,26	13,19	10,11	27,01	27,67	15,58
	Nej (næsten aldrig)	4,56	3,14	-	16,75	12,88	6,82
	Følt sig rolig og afslappet						
	Hele tiden	-	-	23,23	6,15	7,67	12,81
	Det meste af tiden	54,93	52,97	-	36,58	33,15	49,12
	Noget af tiden	20,02	-	15,78	28,72	33,15	22,83
	Lidt af tiden	7,70	8,00	6,21	19,83	20,27	10,35
	På intet tidspunkt	-	1,08	-	-	-	2,19
	Føler sig fuld af energi						
	Hele tiden	-	-	8,69	2,05	-	4,72
	Det meste af tiden	41,13	45,41	46,28	20,51	22,74	38,29
	Noget af tiden	-	-	23,58	-	-	30,96
	Lidt af tiden	12,32	-	9,04	22,22	23,56	14,36
	På intet tidspunkt	5,13	3,14	-	14,19	13,42	6,75
	Sædvanlige aktiviteter						

⁴ 100/antal aktive modaliteter = 100/46= 2,2

Sammenhænge mellem social kapital og sundhed

	Jeg har ingen problemer	79,98	85,30	81,91	63,08	69,04	78,10
	Jeg har nogle problemer	-	12,22	14,18	29,74	24,38	18,27
	Jeg kan ikke udføre	2,00	1,73	-	6,15	5,48	2,98
	Fysisk helbred og følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker						
	Hele tiden	-	-	-	-	-	-
	Det meste af tiden	2,11	1,41	1,77	10,60	8,22	3,63
	Noget af tiden	6,16	5,95	3,72	15,90	11,23	7,59
	Lidt af tiden	10,95	-	11,88	21,54	22,74	14,72
	På intet tidspunkt	80,03	75,35	81,38	48,03	53,70	72,42
	Belastet af egen sygdom						
	Nej	66,23	67,68	-	47,35	57,26	63,17
	Ja, lidt	-	-	-	25,13	-	21,33
	Ja, en del	-	5,95	-	11,45	-	7,49
	Ja, meget	4,91	4,00	-	11,97	10,14	6,11
Fysisk helbred	Fysisk smerte har vanskeliggjort dagligt arbejde (Både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)						
	Slet ikke	60,81	65,41	-	43,42	46,03	58,23
	Lidt	-	-	-	-	31,51	23,14
	Noget	-	6,38	-	11,97	-	8,37
	En hel del	-	4,11	-	12,14	-	6,30
	Virkelig meget	2,17	1,84	-	5,47	-	2,89
	Vurdering af helbredstilstand – Bevægelighed						
	Ingen problemer med at gå omkring	-	90,16	-	75,90	-	85,02
	Nogle problemer med at gå omkring	-	8,65	-	22,91	-	14,12
	Bundet til sengen	-	-	-	-	-	-
	Vurdering af helbredstilstand – Personlig pleje						
	Ingen problemer med personlig pleje	96,29	97,19	-	89,40	-	95,16
	Nogle problemer med at vaske sig eller klæde sig på	3,02	1,62	-	9,57	-	3,84
	Kan ikke vaske eller klæde sig på	-	-	-	-	-	-
	Vurdering af helbredstilstand – Smerte/ubehag						
	ingen smerter/ubehag	-	66,92	-	43,25	46,30	56,73
	moderate smerter/ubehag	-	30,27	-	49,40	47,40	39,50
	ekstreme smerter/ubehag	2,34	1,95	-	6,50	5,21	3,20
	Været generet af – Smerte eller ubehag i skulder eller nakke						
	Ja, meget generet	8,67	-	6,56	17,61	14,79	10,54
	Ja, lidt generet	-	-	-	-	-	-
	Nej	-	53,73	56,56	39,83	44,38	50,43
	Været generet af – Smerte eller ubehag i ryg eller lænd						
	Ja, meget generet	9,13	-	-	17,78	20,27	11,47
	Ja, lidt generet	-	-	-	-	-	-
	Nej	52,25	53,62	-	40,85	36,99	49,31
	Været generet af – Træthed						
	Ja, meget generet	8,50	10,27	7,27	22,22	26,30	12,19
	Ja, lidt generet	-	52,43	40,25	-	-	47,81
	Nej	42,33	-	50,35	26,32	28,49	38,65
	Været generet af – Hovedpine						
	Ja, meget generet	3,19	-	1,77	8,38	13,70	5,13
	Ja, lidt generet	-	-	18,62	32,99	32,60	27,91
	Nej	67,43	-	76,42	56,75	52,33	65,24
	Været generet af – Søvnbesvær/søvnproblemer						
	Ja, meget generet	6,45	5,30	6,03	18,97	15,07	8,64
	Ja, lidt generet	-	-	23,40	31,28	33,15	27,55
	Nej	64,97	68,11	67,91	48,21	50,68	62,48
Psykisk helbred	Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville pga. følelsesmæssige problemer						
	Hele tiden	1,77	1,62	-	4,96	-	2,55
	Det meste af tiden	3,31	2,70	-	10,77	9,59	4,89
	Noget af tiden	8,39	-	8,16	18,12	17,81	10,95
	Lidt af tiden	-	-	15,96	27,69	-	21,37
	På intet tidspunkt	64,06	63,78	67,55	35,73	48,49	59,16

Sammenhænge mellem social kapital og sundhed

Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer pga. følelsesmæssige problemer						
Hele tiden	1,37	-	-	5,64	-	2,22
Det meste af tiden	2,45	2,49	-	8,03	8,77	3,84
Noget af tiden	7,07	-	-	15,21	14,52	8,99
Lidt af tiden	-	-	12,23	26,67	-	18,85
På intet tidspunkt	69,60	68,54	72,87	42,22	52,33	64,48
Føler sig trist til mode						
Hele tiden	-	-	-	-	-	-
Det meste af tiden	2,91	3,14	-	11,62	10,96	4,96
Noget af tiden	12,21	13,19	8,69	26,50	30,41	15,53
Lidt af tiden	-	40,76	27,66	-	-	35,78
På intet tidspunkt	43,01	-	53,72	18,97	21,10	38,24
Vurdering af angst/depression						
Er ikke ængstelig/deprimeret	84,37	84,76	88,48	54,87	62,74	79,01
Er moderat ængstelig/deprimeret	14,43	13,73	10,46	39,66	33,15	18,89
Er ekstrem ængstelig/deprimeret	-	-	-	-	-	-
Følt sig belastet af egen boligsituation						
Nej	84,83	73,51	89,18	65,64	62,47	78,29
Ja, lidt	10,04	17,41	5,85	17,78	20,82	13,12
Ja, en del	2,51	-	0,71	7,86	6,58	3,82
Ja, meget	1,31	-	1,06	5,47	9,86	3,15
Følt sig belastet af egen arbejde						
Nej	-	-	65,60	-	43,56	56,15
Ja, lidt	27,21	-	18,26	20,68	-	25,00
Ja, en del	-	-	4,43	-	15,34	8,66
Ja, meget	4,39	3,68	-	7,52	13,70	5,46
Følt sig belastet af arbejdsløshed eller udsigt til arbejdsløshed						
Nej	80,03	-	82,45	65,64	60,82	76,29
Ja, lidt	-	-	4,79	-	18,08	8,97
Ja, en del	-	-	2,30	-	7,40	4,58
Ja, meget	3,48	-	2,84	9,57	11,78	5,34
Følt sig belastet af forhold til partner						
Nej	75,30	-	81,38	57,27	63,29	71,76
Ja, lidt	-	-	9,22	-	23,84	17,56
Ja, en del	2,57	-	1,42	9,23	6,30	4,08
Ja, meget	1,08	-	-	6,50	5,75	2,72
Følt sig belastet af forhold til familie og venner						
Nej	77,24	-	84,57	54,02	60,55	73,12
Ja, lidt	18,65	-	11,17	28,89	29,04	20,23
Ja, en del	2,22	-	0,89	9,23	6,03	3,46
Ja, meget	-	-	-	-	-	-
Følt sig belastet af brud ift. Partner eller familie						
Nej	90,25	-	90,25	72,82	-	85,81
Ja, lidt	3,82	-	3,37	-	8,49	5,13
Ja, en del	2,00	-	0,71	7,18	-	2,98
Ja, meget	0,97	4,22	1,06	5,30	-	2,55
Følt sig belastet af andre belastninger						
Nej	84,48	85,73	-	70,43	78,08	82,18
Ja, lidt	-	-	-	5,47	-	3,75
Ja, en del	1,43	-	0,71	4,10	3,84	2,03
Ja, meget	1,37	1,19	0,89	4,27	6,85	2,15
Oplevelse af stress						
(5/5) – Aldrig	20,99	-	33,51	7,69	7,12	19,30
(4/5)	26,41	28,43	-	12,65	11,23	23,23
(3/5)	22,99	-	-	15,04	-	20,30
(2/5)	-	-	13,65	23,25	-	17,39
(1/5) – Meget ofte	12,78	13,73	10,28	40,68	42,74	19,16
Livsstil						
Kost	Kostscore					
	Usund kostindtag	13,80	12,86	9,93	23,25	24,38

Sammenhænge mellem social kapital og sundhed

	Middelsund kostindtag	-	-	-	-	-	
	Sund kostindtag	-	-	26,06	14,53	13,42	20,16
	Vurdering af egne kostvaner						
	Meget sunde	-	-	9,04	-	-	4,41
	Sunde	38,11	-	42,02	27,01	23,01	34,66
	Nogenlunde sunde	-	-	44,86	60,00	-	55,06
	Usunde	2,17	-	2,84	8,38	12,33	4,79
	Meget usunde	-	-	-	-	-	-
	Drikker Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker						
	Mere end 1 gang om dagen	7,82	-	-	-	-	8,95
	5-7 gange om ugen	8,56	12,22	6,91	-	18,36	10,14
	3-4 gange om ugen	10,10	15,35	8,69	-	-	11,57
	1-2 gange om ugen	-	23,89	-	16,75	-	19,97
	1-3 gange om måneden	21,73	-	-	-	-	19,94
	Sjældnere/aldrig	32,29	19,68	36,35	32,48	17,53	28,79
	Spiser Fastfood (pizza, burger, pølser, pommestruer m.m.)						
	Mere end 1 gang om dagen	-	-	-	-	-	-
	5-7 gange om ugen	-	-	-	-	-	-
	3-4 gange om ugen	-	-	-	-	-	-
	1-2 gange om ugen	10,84	22,59	9,40	-	22,19	14,72
	1-3 gange om måneden	51,11	-	-	44,96	-	49,00
	Sjældnere/aldrig	35,94	23,14	40,78	-	20,27	32,40
Rygning	Ryger du?						
	Ja, hver dag	15,74	-	13,83	24,79	28,49	18,49
	Ja, mindst én gang om ugen	-	-	-	-	-	-
	Ja, sjældnere end hver uge	1,14	3,57	-	-	-	2,29
	Nej, jeg er holdt op	33,03	17,30	34,22	-	-	28,15
	Nej, jeg har aldrig røget	-	56,32	-	43,08	40,55	48,45
Alkohol	Drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed						
	Næsten dagligt eller dagligt	-	-	-	-	-	-
	Ugentligt	6,27	19,14	6,03	-	16,16	10,16
	Månedligt	16,14	25,19	-	12,31	-	17,82
	Sjældent	52,88	38,38	-	42,39	39,73	46,66
	Aldrig	-	9,84	18,26	19,49	10,41	14,67
	Læge har rådet til nedsættelse af alkoholforbrug						
	Ja	-	-	-	-	-	-
	Nej	68,68	75,89	-	-	-	70,73
	Kan ikke huske/Ved ikke	-	-	-	-	-	-
Motion	Beskrivelse af fysisk aktivitet det seneste år						
	Konkurrenceidræt	2,28	12,43	3,37	2,56	-	5,10
	Motionsidræt	-	25,19	-	16,24	-	21,35
	Lettere motion	61,38	48,54	-	-	49,86	55,70
	Fysisk inaktivitet	13,41	12,54	-	26,15	23,01	15,89
	Vurdering af egen fysisk form						
	Virkelig god	2,45	4,86	6,03	2,05	-	3,65
	God	-	34,92	38,65	23,08	21,64	31,27
	Nogenlunde	47,29	-	38,48	-	-	44,30
	Mindre god	-	13,08	-	19,66	21,92	15,46
	Dårlig	3,19	2,92	2,66	10,77	10,41	4,75
	Baggrundsfaktorer						
	Alder						
16-24 år	3,54	36,54	5,14	7,35	29,86	13,86	
25-34 år	13,80	22,16	7,62	-	21,64	15,39	
35-44 år	18,31	12,86	12,77	-	-	15,98	
45-54 år	19,85	10,16	-	-	-	17,13	
55-64 år	21,91	8,22	23,40	-	9,86	17,61	
65-74 år	15,29	7,35	18,97	15,90	3,84	13,12	
75 +	-	2,70	12,77	9,91	1,92	6,92	
Kulturel kapital							
Under uddannelse	2,05	24,11	3,19	4,27	18,36	8,80	
Ingen erhvervsuddannelse	-	8,11	-	20,00	-	13,17	
Faglært, studentereksamen	-	29,62	-	-	40,82	33,47	

Sammenhænge mellem social kapital og sundhed

KVU	-	-	-	-	-	-
MVU	21,79	-	23,58	15,73	11,23	19,23
LVU	12,32	7,14	-	-	4,11	9,95
Anden uddannelse	-	1,73	-	-	-	3,01
Civilstand						
Gift	68,34	27,46	66,31	43,25	36,71	52,79
Samlevende	-	21,41	8,33	11,11	22,19	15,34
Enlig (separeret, skilt)	-	-	-	11,11	-	5,80
Enlig (enkestand)	4,22	-	7,62	9,23	-	5,37
Enlig (ugift)	6,39	37,62	10,28	22,22	31,51	18,20
Etnicitet						
Dansk	96,98	-	98,58	89,91	86,30	94,82
Vestlig	1,43	-	0,89	4,44	4,11	2,27
Ikke-vestlig	1,60	-	0,53	5,64	9,59	2,91
Lokalområder						
Frejlev	-	-	5,50	-	-	3,01
Aalborg City	3,14	8,32	1,42	-	-	4,34
Øgadekvarteret	3,25	9,30	1,77	-	-	5,01
Vejgaard	-	-	-	-	-	-
Vejgaard Vest	-	-	-	-	-	-
Nørresundby	-	-	-	-	-	-
Sundby-Hvorup	-	-	-	-	-	-
Vadum	-	-	-	-	-	-
Vestbjerg	-	-	-	-	-	-
Vodskov	-	2,70	-	-	2,19	4,27
Hals	-	-	-	-	-	-
Sejlfjord	-	2,59	7,09	-	-	4,96
Nibe	-	-	6,38	-	-	4,48
Svenstrup	6,10	-	-	-	-	5,22
Gistrup	5,08	2,49	-	-	1,92	4,15
Klarup	2,74	0,86	-	-	0,55	2,00
Hasseris	6,85	4,43	-	-	3,01	5,89
Skalborg	-	-	-	-	5,75	3,05
Kærby	-	-	-	-	-	-
Hobrovej	-	-	-	-	-	-
Gug	7,99	-	-	4,62	3,84	6,51
Aalborg Øst	-	-	-	-	10,14	5,58
AUCkvarteret	-	-	-	-	-	-
Reberbane/Ryesgade kvart.	2,11	6,16	1,42	-	-	3,44
Søheltekvartieret	1,83	4,11	-	-	-	2,53
Klostermark/Vesterkæret	-	-	-	-	-	-
Følt sig belastet af – Egen økonomi (Økonomisk kapital)						
Nej	66,40	48,00	76,60	50,09	35,34	58,73
Ja, lidt	22,99	33,19	14,54	-	33,42	25,02
Ja, en del	5,70	10,38	3,90	10,26	13,97	7,85
Ja, meget	3,82	-	1,95	13,33	16,99	6,89